15

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N 176

15.

THESE

POUR

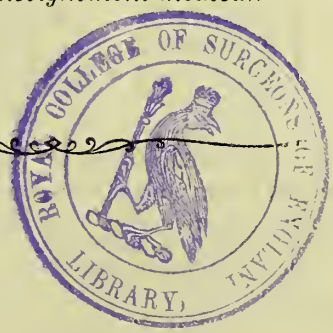
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 26 mai 1875

PAR LOUIS-HUBERT RŒSELER,

DES ABCÈS PHLEGMONEUX DES MUSCLES

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1875

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. WURTZ.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle et médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRÉLAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LORAIN.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	BOUILLAUD. SÉE (G.). LASÈGUE. BERHIER.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Professeurs honoraires :
MM. ANDRAL, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER	DELENS.	GUÉNIOT.	NICAISE.
BERGERON.	DUBRUEIL.	HAYEM.	OLLIVIER.
BOUCHARD.	DUGUET.	LANCEREAUX.	POLAILLON
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANNELONGUE.	RIGAL.
BROUARDEL	FERNET.	LECORCHÉ.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GARIEL.	LE DENTU.	
DAMASCHINO.	GAUTIER,		

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	BLACHEZ.
— des maladies mentales et nerveuses	BALL
— de l'ophthalmologie	PANAS.
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Examinateurs de la thèse.

MM. VERNEUIL, *Président*, LORAIN, DAMASCHINO, LANCEREAUX.

M. PINET, *Secrétaire*.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

M. ET Mme FRANCK-GUIDAT.

A MON COUSIN

M. ÉMILE RŒSELER.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

DES

ABCÈS PHLEGMONEUX

DES MUSCLES

INTRODUCTION.

Pendant l'année 1874, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Després, nous avons observé chez un individu, sain d'ailleurs, un cas d'abcès intramusculaires survenus à la suite de travaux excessifs, prolongés. M. Després nous ayant fait remarquer la rareté des cas de suppuration primitive du tissu musculaire et la netteté du fait que nous avions sous les yeux, nous avons pensé qu'il serait peut-être intéressant et surtout utile pour nous de rechercher les observations de ce genre, d'étudier leurs analogies et leurs différences et de faire du résultat de nos recherches l'objet de notre travail inaugural.

En effet, la rareté de l'inflammation spontanée des muscles a toujours frappé les pathologistes; tous les auteurs font remarquer que le tissu musculaire paraît être, de tous les tissus du corps, le moins susceptible de l'inflammation et de ses conséquences. On arrive en effet rapidement à reconnaître combien sont complexes les causes de

la suppuration musculaire en général, et combien peu nombreuses sont les observations d'abcès musculaires dégagés de toute complication, ceux, en un mot, qu'on pourrait rattacher aux myosites aiguës suppurées et qu'on rangerait avec moins de raison sous le titre d'abcès aigus idiopathiques, puisque dans la plupart des cas on peut leur assigner une cause assez évidente.

Il s'agit d'abord de s'entendre sur la signification à donner au terme abcès musculaires ; la plupart des auteurs ayant refusé ce nom à des collections purulentes situées dans la gaîne des muscles, les considérant comme des faits d'inflammation du tissu conjonctif intramusculaire et non comme des abcès du corps charnu des muscles. « J'ai ouvert fréquemment, dit M. Laugier (1), des abcès contenus dans une gaîne musculaire, notamment celle du biceps brachial; mais leur siége était le tissu cellulaire interposé aux fibres des muscles; quant à ceux du tissu musculaire lui-même, ils sont fort rares, s'ils existent, et en général leur existence est niée ».

Nous considérons comme abcès musculaire toute collection purulente ayant pris naissance dans l'intérieur de la gaîne musculaire.

Le muscle, comme tous nos organes, outre l'élément anatomique essentiel de ses fonctions, la fibre striée, comprend divers autres constituants; le tissu conjonctif, les vaisseaux, les nerfs, qui, chacun suivant ses propriétés, réagissent sous l'influence des divers agents, des divers excitants qui leur sont appliqués; la fibre musculaire et le tissu cellulaire qui l'entoure de toutes parts (*perimysium externum et intensum*) sont trop intimement unis, trop étroitement liés pour rester indifférents un certain temps aux altérations l'un de l'autre. Suivant les cas, en raison de causes qui

(1) Dict. de méd. et de chir. pratiques, t. I, p. 8.

nous échappent, l'inflammation peut attaquer dans le début l'un des éléments de l'organe musculaire, le tissu cellulaire par exemple, et rester assez isolée pour ne rien enlever de ses caractères à l'inflammation dite phlegmoneuse du tissu conjonctif. La première condition de cet isolement, c'est la rapidité du processus inflammatoire; le tissu cellulaire faisant les principaux frais, nous aurons dans ce cas une véritable inflammation *interstitielle* dont le pus offrira le plus souvent les caractères assignés au pus de bonne nature. Les cas types d'inflammation primitive du contenu strié doivent être rattachés à l'inflammation *parenchymateuse;* la rapidité de la désorganisation de l'élément essentiel, sa fonte molléculaire rappellent ces phlegmasies de même ordre de certains viscères; du foie, par exemple, dans l'hépatite *parenchymateuse* diffuse.

Cette division en myosites interstitielles et myosites parenchymateuses établie déjà depuis longtemps a été de nouveau nettement constatée par les histologistes modernes; mais nécessairement, dans les deux cas, quel que soit le point de départ de l'affection, nous sommes en présence de faits de suppuration, d'abcès musculaires.

La marche graduelle des altérations musculaires, dans les myosites symptomatiques, a permis de suivre pas à pas le processus anatomique de l'inflammation de la fibre du muscle, et a révélé le point de départ de l'affection dans des cas de myosites aiguës, où la marche extrêmement rapide de la lésion n'offrait à l'examen anatomique que les résultats de lésions avancées.

L'observation de M. Foucault nous offrira un exemple très-net de l'inflammation interstitielle des muscles; nous constaterons les caractères de l'inflammation parenchymateuse aiguë dans le fait de psoïtis bien connu de Dance, dans le cas de myosite aiguë suppurée de Petel; d'autres observations nous offriront des états intermédiaires, où

l'on est arrive à constater des effets complexes sans pouvoir déterminer exactement le point de départ de l'affection.

Les épanchements sanguins dans l'intérieur des muscles jouent un grand rôle dans la pathogénie de certains abcès musculaires. Quelques auteurs même ont émis l'opinion que tous les faits de cet ordre résultaient d'hématomes suppurés; les altérations des fibres musculaires (état vitreux, granuleux), les lésions des parois des vaisseaux (état granuleux, endartérite, infarctus) amènent, sous l'influence de mouvements relativement peu violents, des ruptures dans les maladies générales infectieuses, mais la terminaison par suppuration des épanchements sanguins, relativement rare, quoiqu'on en ait dit, dans la fièvre typhoïde où, du reste, elle a été uniquement observée, l'est encore bien davantage dans les cas de rupture purement traumatique, chez l'homme sain; de telle sorte qu'à peine signalée par quelques auteurs, elle a été absolument niée par d'autres.

Nous voyons donc par ce court aperçu, qu'en indiquant les causes générales des abcès des muscles, nous touchons aux diverses conditions dans lesquelles se montre l'inflammation du tissu musculaire; nous serons donc obligé d'examiner successivement les diverses lésions qui peuvent amener la formation du pus dans l'intérieur des muscles; nous n'entrerons pas dans de grands développements, mais nous donnerons à l'occasion de chaque cause générale des indications suffisantes, de manière à n'avoir plus qu'à y faire allusion à la suite des observations de myosites suppurées aiguës, que nous rapportons à la fin de notre travail; du reste la rareté des faits, le manque de détails, l'absence, dans la plupart des cas, d'examen anatomique complet nous commandent une certaine réserve dans nos appréciations.

Classification. — Malgré la rareté bien connue des abcès

musculaires, les différentes affections, les diverses lésions qui peuvent amener la terminaison par suppuration sont nombreuses.

En raison de son volume, de sa position, des accidents graves, de la terminaison ordinairement fatale que la suppuration du muscle psoas, quelle qu'en soit l'origine, amène à sa suite, ce muscle fut pendant longtemps le seul dont on décrivit l'inflammation ; on lui reconnaît généralement deux formes : 1° le psoïtis suite de couches, 2° le psoïtis dépendant de tout autre ordre de causes; parmi ces dernières on signale : les chutes, les coups sur la région lombaire, sur le bassin ; les efforts violents que les muscles psoas ont à supporter quand le corps fortement porté en arrière est brusquement ramené en avant, l'action de soulever des fardeaux pesants, enfin tous les mouvements qui peuvent produire la contraction violente et le tiraillement des fibres du psoas ; cette catégorie de faits se rattache à la myosite traumatique.

De l'avis de certains auteurs, le rhumatisme musculaire aurait une influence assez grande sur le développement de la maladie (Ferrus, *Dict.* en 30 vol., art. *psoïtis*; Marchal (de Calvi), thèse d'agrégation). Dans la première catégorie de faits, l'affection débuterait par le tissu même du psoas, si on admet avec Kyll, le tiraillement, la rupture de ses fibres. Au moment du grand écartement des cuisses de la femme et du passage de la tête de l'enfant ; le psoïtis suite de couches reconnaîtrait donc aussi une cause traumatique. Nous verrons du reste plus loin que des arguments très-solides ont été opposés à cette théorie par Mercier et Cloquet, et que si, dans certaines circonstances, le moment de la rupture fibrillaire est nettement indiqué, on est obligé, dans les cas les plus favorables à l'opinion de Kyll, de faire intervenir l'état général des malades.

De son côté Marchal (de Calvi), dans sa thèse, reconnait

quatre ordre de causes au psoïtis; il se présenterait dans les circonstances suivantes : 1° à titre de complication de l'accouchement; 2° comme effet de l'inflammation suppurative du tissu cellulaire cæco-iliaque; 3° par suite de cause rhumatismale; 4° par suite de cause traumatique. Les faits appartenant à la deuxième classe peuvent être rapportés aux myosites par contiguité; ils suivent dans leur marche les lois de l'inflammation par propagation et n'offrent qu'un faible intérêt au point de vue de l'étiologie des abcès musculaires proprement dit. Il résulte donc de la division précédente que le psoïtis est primitif ou consécutif.

Les auteurs qui dans la suite ont étudié d'une façon plus générale l'inflammation des muscles ont dû nécessairement ranger sous un certain nombre de chefs les nombreuses causes assignées à cette lésion.

Dans sa thése, M. Labuze (1) adopte la classification suivante, dans l'étude générale qu'il a faite des abcès dévoloppés dans la gaine du muscle grand droit de l'abdomen; la suppuration musculaire peut résulter :

1° De la myosite simple aiguë;
2° De la myosite rhumatismale:
3° De la myosite syphilitique;
4° De la scrofule;
5° Des ruptures;
6° Des fièvres graves.

La classification adoptée par Fischer (2), dans son mémoire sur la myosite, nous parait embrasser un plus grand nombre de faits; pour cette raison nous suivrons l'ordre de cet auteur dans notre travail, nous étudierons donc successivement la suppuration dans :

1° Myosite traumatique (blessures, opérations qui mettent

(1) Thèse de Paris, 1871.
(2) De la myosite, par Fischer, Paris, 1869.

la substance musculaire à nu, contusions, ruptures, sections musculaires sous-cutanées);

2° Myosite par contiguité; propagation de l'inflammation d'une partie du tissu cellulaire au muscle voisin;

3° Myosite symptomatique (fièvres graves, morve, farcin, infection purulente, scrofule, syphilis);

4° Myosite spontanée aiguë, présentant la marche et les symptômes d'une phlegmasie simple;

5° Myosite spontanée chronique.

Nous n'avons pas à nous occuper de cette dernière.

MYOSITE TRAUMATIQUE.

La myosite se terminant le plus fréquemment par la résolution, et n'entraînant la mort que dans des cas exceptionnels, on a dû recourir à des expériences sur des animaux pour étudier la question des inflammations musculaires; les travaux les plus importants sur ce sujet sont ceux de Gendrin (1). A l'aide de liquides irritants injectés dans les muscles, de sétons passés à travers leur corps charnu, il a pu déterminer très-exactement les diverses modifications du tissu suivant la durée et la violence de l'application de l'irritant; tout ce qui a été dit des lésions de la myosite spontanée aiguë se rapportant presque toujours à la myosite traumatique.

Les altérations propres à la myosite traumatique ont été encore constatées à la suite de larges plaies avec perte de substance, enfin par l'étude attentive des moignons à la suite des amputations. Un muscle ayant été mis à nu, le grand pectoral par exemple, à la suite des ablations des tumeurs du sein, le muscle apparait dans les premiers jours sans changement notable, ni dans sa couleur, ni

(1) Hist. anat. des inflamm., t. II, p. 188.

dans son volume ; bientôt une surface gris sale le recouvre, puis elle est remplacée par une couche de bourgeons charnus sous laquelle le tissu musculaire disparaît. A la surface d'un moignon après une amputation, le muscle se gonfle considérablement, le pus est abondant et fétide, plus tard les bourgeons charnus se développent, le pus devient de bonne nature ; le volume des muscles diminue et ils finissent par présenter une atrophie plus ou moins notable. « Chez certains amputés, on observerait, d'après M. Gosselin, un véritable ulcère musculaire, une quantité considérable de pus s'échappe de l'interstice des muscles, et en même temps on voit se développer des fongosités ; cette affection a été désignée par M. Gosselin sous le nom de fongus intermusculaire » (1).

A la suite des *contusions*, les épanchements sanguins intermusculaires se terminent rarement par la suppuration ; Velpeau (2), dans sa thèse, ne signale pas même cette terminaison.

M. A. Després (3) a rapporté un exemple d'abcès profond des muscles par suite de contusion musculaire.

Nous rattacherons à l'histoire de la contusion les trois faits de psoïtis que M. Roy a abservés dans le service de M. Labbé, à l'hôpital de la Pitié, et qu'il rapporte dans sa thèse de doctorat (4). Voici une courte analyse de ces trois observations :

Un ouvrier de la compagnie d'Orléans reçut, dans la région lombaire, le choc d'un tampon de locomotive ; le choc ne fut pas très-violent, car il put encore se tenir debout, rentrer chez lui et même sortir le lendemain de l'accident ; cependant il éprouva une douleur

(1) Nélaton. Path. chir., t. II, 769.

(2) Velpeau. De la contusion dans les divers organes. Thèse pour le concours à la chaire de pathologie chirurgicale, Paris, 1833.

(3) A. Després. Traité de l'érysipèle, p. 81,

(2) Roy. Du psoïtis traumatique. Thèse, Paris, 1873s

sourde accrue par la pression, par les mouvements, par la marche. La tumeur formée par le psoas se développa, devint fluctuante.

Le sujet de la deuxième observation est un garçon d'écurie qui reçut, dans la région de l'abdomen, un coup de pied de cheval.

Enfin un manœuvre reçut, dans une rixe, un coup de pied dans la région inguinale du côté droit.

Dans ces trois faits, l'ouverture fut faite dans la région inguinale, et suivie de guérison.

Malgré l'issue favorable de l'affection, qui n'est certainement pas le fait habituel, à en juger par les cas de psoïtis publiés dans divers recueils; les signes du psoïtis se trouvant rassemblés dans ces trois cas, ils peuvent être considérés, surtout le dernier fait, comme des exemples remarquables de psoïtis traumatique.

Chez ces trois malades, le muscle atteint était celui du côté droit; la lésion traumatique en étant la cause directe, cette uniformité n'a aucun intérêt au point de vue de l'étiologie; en effet, en parcourant les observations de psoïtis, on voit que l'altération frappe à peu près indifféremment à gauche ou à droite; Ferrus, du reste, est arrivé à cette conclusion (1).

Certains auteurs, cependant, considérant le psoïtis comme plus fréquent à droite qu'à gauche, ont tenté d'expliquer cette particularité par l'inclinaison de l'utérus à droite pendant la gestation. Dance, à propos de l'observation de psoïtis qu'il a relaté, invoque l'activité plus grande des muscles du côté droit du corps.

Le voisinage du cæcum et du tissu cellulaire qui l'entoure peut certainement être invoqué avec plus de raison.

Les *ruptures* du corps charnu des muscles présentent un plus grand intérêt; certains auteurs ayant considéré tous les abcès musculaires comme le résultat de ruptures

(3) Loc. cit.

fibrillaires et, par conséquent, comme la terminaison d'hématomes enflammés. Nous séparerons des ruptures traumatiques, chez l'homme sain, dont nous nous occupons en ce moment, les ruptures survenant dans le cours ou dans la convalescence des maladies générales infectieuses, fébriles et succédant aux moindres efforts physiologiques, aux moindres mouvements du malade; ruptures liées aux altérations vitreuse et granuleuse qui expriment dans le tissu musculaire l'atteinte profonde portée à tout l'organisme par les fièvres graves.

Rappelant les lois générales qui président aux ruptures musculaires et leur topographie la plus ordinaire, nous semblons sortir de notre sujet; cependant, d'après ce que nous venons de dire sur la théorie des hématomes suppurés appliquée aux abcès musculaires, on reconnaît tout l'intérêt qui s'attache à étudier si un rapport plus ou moins exact existe entre les muscles atteints de myosite, foyers de suppuration, et les corps charnus signalés comme siége le plus fréquent des ruptures musculaires traumatiques.

La rupture musculaire est toujours liée à un effort subit et inopiné mettant en contraction forcée certains muscles ou certains groupes de muscles, aussi surviennent-elles communément chez les individus robustes et dans le côté droit du corps; ces contractions sont le plus souvent involontaires ou, quand elles sont volontaires, le muscle se trouve, suivant J. Sédillot (1), dans une fausse position; nous empruntons à l'ouvrage de Nélaton les donnés suivantes sur les muscles le plus souvent atteints : « Les divisions tendineuses, loin d'être les plus rares, comme tend à le démontrer la statistique dressée par Jean Sédillot, sont véritablement les plus communes; les recherches sui-

(1) J. Sédillot. Mémoire sur la rupture musculaire. Mém. Soc. de méd. de Paris, 1817.

vantes ne laissent aucun doute sur ce point : nous avons réuni 49 exemples de ruptures....; sur ces 49 faits, 11 fois la rupture a eu lieu dans le corps du muscle, et 29 fois, soit sur le tendon, soit au point d'union du tendon et du muscle; dans les 6 autres, le lieu de la rupture n'a pas été indiqué. Ces résultats semblent donc nous démontrer que, deux fois sur trois, le tendon est le siége exclusif ou le point principal de la rupture; mais cette conclusion, formulée d'une manière aussi générale, demande à être interprétée.

« En parcourant les 43 observations dans lesquelles le siége de la rupture a été constaté, on voit que les muscles dont les fibres sont longues et les tendons très-courts, se rompent dans la continuité des fibres musculaires; tandis que ceux dont les fibres sont courtes, multipliées, et les tendons plus allongés se rompent dans leur portion fibreuse. Ainsi Larrey, S. Cooper, Boyer ont observé la rupture du muscle droit, chaque fois la division avait son siége sur les fibres charnues; le couturier, le psoas et l'iliaque se rompent rarement, mais leur rupture paraît être constamment musculaire.

« Les extenseurs de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, qui offrent une disposition anatomique opposée, se rompent dans leurs tendons.

« La loi que nous avons énoncée plus haut sur la fréquence des ruptures tendineuses n'est donc vraie qu'autant qu'on l'applique à ces derniers muscles; ceux qui ont des fibres longues sont soumis dans leur rupture à une loi opposée. Ainsi, le premier fait que nous fournit la statistique est celui-ci : les fléchisseurs se rompent dans leur portion charnue et les extenseurs dans leur portion fibreuse. Telle est l'influence de la longueur des fibres musculaires sur le siége des ruptures; il nous reste à indiquer celle que la position des muscles exerce sur la fré-

quence de ces mêmes lésions. Classant, sous ce dernier point de vue, les 49 faits que nous avons mentionnés, nous trouvons que 4 appartiennent à l'abdomen, ils sont relatifs aux muscles sterno-pubiens; 2 au cou, observés par Cavalier sur le sterno-mastoïdien; 2 aux membres supérieurs, l'un occupant le biceps et l'autre le deltoïde; 41 aux membres inférieurs, et, parmi les muscles de ce membre, 37 fois la rupture a eu pour siége les extenseurs du pied ou de la jambe. La statistique envisagée sous ce rapport nous offre, en quelque sorte, le complément du premier résultat auquel elle nous a conduit; elle nous a montré plus haut, en effet, que les extenseurs se rompent dans leurs tendons, et actuellement elle nous apprend que ces mêmes muscles, et particulièrement ceux du membre abdominal, sont le siége le plus fréquent de cette lésion; le rapprochement de ces deux faits nous ramène à notre conclusion première sur la fréquence des ruptures tendineuses et nous en donne la véritable interprétation.

« Les ruptures musculaires proprement dites affectent donc, le plus ordinairement, les fléchisseurs, dont les fibres sont longues et les tendons très-courts; au tronc, le grand droit abdominal, le psoas et iliaque; au cou, le sterno-mastoïdien; sur le muscle supérieur, le biceps; au membre inférieur, elles ont été observées sur la longue portion du biceps crural et sur le couturier, qui est à la fois fléchisseur et adducteur de la jambe. Beaucoup plus rarement les extenseurs en sont affectés; cependant des faits incontestables démontrent qu'elles ont quelquefois pour siége les muscles jumeaux, le muscle crural antérieur, les muscles des gouttières vertébrales, le deltoïde, qu'on peut ranger dans la même classe. Ces ruptures sont complètes ou partielles; ces dernières peuvent intéresser la moitié, le quart du muscle, ou seulement quel-

ques-unes de ses fibres; sous ce point de vue les ruptures diffèrent essentiellement, suivant qu'elles occupent les fléchisseurs ou les extenseurs; elles sont presque constamment complètes dans les premières et partielles dans les seconds. »

L'auteur croit devoir rapporter toutes les observations publiées sur les ruptures du tendon du plantaire grêle, comme des cas de rupture partielle du jumeau interne.

Nous ne dirons rien des altérations que subissent les fibres musculaires rompues et des divers phénomènes de la cicatrisation, nous en parlerons incidemment à propos des recherches histologiques (Zenker, Hayem, Weihl), sur les altérations du contenu strié dans les maladies fébriles infectieuses et dans diverses autres conditions expérimentales.

La plupart des auteurs s'accordent à déclarer que les ruptures musculaires n'entraînent, le plus souvent, aucun danger, guérissent rapidement sans affaiblir d'une manière notable l'énergie contractile des muscles. Vidal, Nélaton, Follin, les auteurs du *Compendium*, sans nier absolument la possibilité d'une terminaison par suppuration, reconnaissent la bénignité des épanchements sanguins à la suite des ruptures musculaires.

Condensation, vascularisation, organisation de la lymphe plastique sous forme d'une intersection fibreuse analogue à celle que présente certains muscles; telle est la marche que l'on observe dans les plaies musculaires sous-cutanées. L'épanchement sanguin peut donc se résorber ou se transformer en kyste séreux ou fibrineux.

Ollivier (1) ne signale même pas la suppuration comme terminaison possible des ruptures musculaires; Virchow garde le même silence dans son Traité des tumeurs en parlant de leur métamorphose en tissu cicatriciel.

(1) Ollivier. Dict. en 30 vol., art. Rupture.

Les recherches de M. Labuze (1) ne lui ont pas fait rencontrer un seul fait de suppuration survenue bien nettement après une rupture musculaire chez un individu bien portant.

On possède, en effet, des exemples d'épanchements sanguins énormes entre des fragments de muscles rompus disparaissant sans complications; nous citerons à l'appui le fait de Richardson (2) où le muscle grand-droit de l'abdomen et l'artère épigastrique étant rompus, l'épanchement de deux livres de caillots de sang entre les bouts du muscle n'amena pas la suppuration.

Le fait de Legouest (3) est un des plus beaux exemples de la rapidité avec laquelle les épanchements sanguins peuvent se résorber; il s'agit, dans ce cas, d'une rupture du grand-droit.

Cependant on sait, comme nous l'avons dit plus haut, que Kyll, de Wesel (4) attribuent les abcès du psoas qui surviennent après l'accouchement à une déchirure ou un tiraillement des fibres du muscle par un trop fort écartement des cuisses pendant le travail de la parturition.

« Ce qui m'a paru, dit-il, digne de remarque, c'est que la cause de l'affection m'a semblé la même et très-précise chez deux femmes; elles m'ont dit que pendant leur accouchement, au moment du passage de la tête, lorsque la sage-femme tenait leurs cuisses fortement écartées, elles avaient senti, dans la région qui correspond au muscle psoas, une douleur très-vive qui jamais ne s'était dissipée entièrement... Dans l'accouchement, les muscles psoas étant fortement contractés, toute force qui tend à écarter

(1) Labuze. Thèse, Paris, 1871.

(2) R. Gazette médicale, 1858, p. 149.

(3) Legouest. Mém. chirg. mil., t. III, p. 288.

(4) De Wesel. Mém. sur la psoïte chronique et les abcès du psoas. Journ. de Rust, 1834, p. 98. Arch. gén. de méd , 1834, 2e série, trad. Dr G. Richelot.

les cuisses agit dans un sens contraire à l'action de ces muscles; aussi peut-on concevoir la possibilité d'une déchirure ou d'un violent tiraillement de leurs fibres. »

Cette théorie a été fortement attaquée par Mercier (1).

« Cette idée, dit-il, qui, de prime abord, paraît dénuée de vraisemblance, le paraîtra encore bien plus si, comme je l'ai fait, on constate anatomiquement que quelque grand que l'on suppose l'écartement des cuisses, quand celles-ci sont fléchies sur le bassin, les psoas ont toujours moins de longueur que lorsque le membre est dans l'extension, et je doute qu'alors ils se contractent aussi fortement qu'il le dit. Et, d'ailleurs, en admettettant la cause qu'il signale, ne serait-ce pas immédiatement après l'accouchement que devraient se manifester les symptômes de la maladie?»

En effet, en se reportant aux observations qui ont inspiré ces réflexions, nous voyons que dans l'observation de Vigla (2), les suites de couches (accouchement, 7 février) furent assez heureuses; la femme sortit le douzième jour, encore faible, et éprouvant des douleurs dans l'abdomen... Celles-ci ne cessèrent pas spontanément, comme elle l'avait espéré, et elle n'entra que le 21 février à la Charité.

Dans l'observation de M. Gueneau de Mussy (3), la femme était accouchée six semaines avant son entrée à l'hôpital; elle mourut au bout de dix-sept jours.

Enfin, dans l'observation de Perrochaud (4), l'intervalle fut plus long encore; femme accouchée de son deuxième enfant, il y a deux mois et demi; les suites immédiates de couches n'offrirent rien de particulier, cependant elle ne

(1) Obs. de Perrochaud. Psoïtis chez une nouvelle accouchée. Rapp. de M. Mercier. Bullet. de la Soc. anat., 1837, p. 205.

(2) Bulletin Soc. anat., 1837, p. 197.

(3) Lancette française, t. V, n° 1.

(4) Loc. cit.

tarda pas à éprouver de violentes douleurs dans les flancs et surtout dans le flanc gauche..., douleurs qui devinrent de plus en plus intenses.

Ces faits paraîtraient décisifs; cependant la question d'étiologie, dans ces cas, nous paraît plus difficile à résoudre.

Ernest Cloquet, dans les réflexions dont il fait suivre une observation de psoïtis chez l'homme (1), se range absolument à l'opinion de Mercier, en se fondant absolument sur le rapprochement des insertions du psoas dans la position signalée par Kyll, sur le temps écoulé depuis l'accouchement jusqu'à l'apparition des accidents.

« Rien ne prouve, dit-il, que chez les malades de Kyll la douleur avait son siége dans le psoas et non dans le plexus lombaire. Si une rupture s'opérait dans les muscles, ce serait évidemment les fibres internes qui se rompraient les premières. Or, dans l'observation de Perrochaud, ce sont précisément les seules qui fussent restées intactes, tandis que tout le reste du psoas était réduit en une bouillie noirâtre. »

Cette disposition n'est pas notée dans les observations de Vigla et Gueneau de Mussy. L'autorité de Grisolle vient cependant à l'appui de cette dernière assertion (2).

« Lorsque la suppuration a duré longtemps, il est rare de voir le pus accumulé seulement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; le plus ordinairement les muscles psoas, iliaque et carré-lombaire sont plus ou moins altérés; leurs fibres sont noirâtres, ramollies, en partie détruites, disséquées, infiltrées de pus. La lésion frappe surtout le muscle iliaque dans sa portion moyenne et supérieure; le psoas

(1) Arch. gén. de méd., 1842, 3e série, t. XIII, p. 35.

(2) Grisolle. Path. int., t. I, p. 274. Des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques.

est d'autant plus altéré qu'on se rapproche de son bord externe. »

Cette dernière localisation, mise en regard du fait anatomique rappelé à propos de l'observation de Perrochaud, serait donc complètement en rapport avec l'opinion de Mercier et Ernest Cloquet, aux yeux desquels tout se réunit pour faire croire que, sinon toujours, du moins dans la majorité des cas, la suppuration du psoas est le résultat du contact du pus avec le muscle.

Marchal de Calvi, dans sa thèse (2), admet cependant la théorie de Kyll dans une certaine mesure. « Si l'accouchée a ressenti, dit-il, un fort tiraillement ou un craquement dans les lombes par suite d'un écartement violent des cuisses, pourquoi douterait-on que ce fût là l'occasion de la psoïte favorisée d'ailleurs par les conditions générales dans lesquelles se trouve la femme? n'existe-t-il pas des cas évidents de psoïte ainsi développés chez l'homme? Il faut aussi avoir égard à la contusion possible du muscle par suite de l'évolution fœtale. »

A ce propos, Marchal de Calvi cite une observation de psoïte traumatique que nous analysons ici : En soulevant un tapis, un individu ressentit une douleur vive dans la région lombaire droite, s'irradiant jusque dans l'épaule avec sensation d'un frémissement particulier du côté du dos et de la cuisse vers le petit trochanter (attaches du psoas), commencement d'octobre. Pendant tout le courant d'octobre, de novembre, jusqu'au 3 décembre, le malade put vaquer à ses occupations, toujours souffrant de la hanche et forcé de tenir la cuisse fléchie sur le bassin. A l'incision il sortit un flot de pus crémeux de bonne nature; guérison. Dans cette observation, le moment de la rupture fibrillaire est nettement indiqué par la douleur vive ressen-

(1) Loc. cit.

tie brusquement, malgré cela pendant deux mois le malade put encore se livrer à ses travaux.

Ce fait, en rapport avec la résistance qu'oppose le muscle à l'inflammation, avec la lenteur avec laquelle s'établit la suppuration musculaire, enlève de sa valeur à une des objections adressées par Mercier à la théorie de Kyll. En effet, voici ce que disait Velpeau dans une leçon sur la myosite (1) : « l'inflammation du tissu musculaire offre peu de rapidité dans ses allures; elle n'arrive que lentement à ses terminaisons naturelles. L'anatomie nous explique ce phénomène. On peut établir en proposition générale que les inflammations marchent d'autant plus vite et aboutissent d'autant plus rapidement à la suppuration que le tissu cellulaire est plus abondant et plus foliacé; et réciproquement la marche des inflammations est d'autant plus lente, la suppuration d'autant moins rapide que le tissu cellulaire est moins abondant et plus serré. Il n'est donc pas étonnant que dans le tissu cellulaire des muscles, qui présente ces propriétés, les phénomènes inflammatoires s'y développent avec lenteur. Ainsi, tandis qu'il faut six à huit jours pour produire du pus phlegmoneux circonscrit, il suffit de trois à quatre dans le phlegmon diffus, on peut encore espérer éviter la suppuration huit, dix et même quinze jours après le développement de la myosite. »

On peut trouver dans la structure particulière du psoas une des raisons pour lesquelles il est relativement plus sujet aux inflammations que les autres muscles striés.

Si on admet cependant avec certains auteurs (Ferrus, Dict. 30 vol.) que le psoïtis est aussi commun chez les hommes que chez les femmes, on admettra également que Kyll s'est trop exclusivement occupé de la coïncidence du psoïtis avec les suites de couches; on trouve en effet quel-

(1) Gaz. des hôp., 1853, p. 600.

ques exemples de cette affection, rares il est vrai, survenus brusquement à l'occasion d'un effort, et dans lesquels le début de la lésion est parfaitement déterminé; nous résumons l'observation de Deramé (1).

François D..., garçon vinaigrier, âgé de 17 ans, fit, le 23 brumaire, un effort considérable pour soulever un baquet. Ce fardeau offrit d'abord beaucoup de résistance; il redoubla d'efforts et réussit. Mais au même instant il ressentit une douleur très-vive qui s'étendait depuis la région des lombes du côté droit jusqu'à la cuisse du même côté inclusivement. Il continua cependant son travail jusqu'à la nuit; mais alors, la douleur qui s'était apaisée, commença à se faire sentir avec beaucoup d'intensité: il fut en même temps saisi d'une fièvre très-violente qui ne l'a quitté qu'à la mort... Le 30, on pratiqua une petite incision à la partie antérieure et supérieure de la cuisse... Elle donna issue à à peu près une chopine d'une matière purulente, blanche d'abord, puis mêlée de stries sanguinolentes... Le 1er nivôse, on trouva au pansement le cataplasme recouvert d'un sang caillé et noir. Nouvelle incision. Issue de gaz fétides et de pus. Le malade étant mort quelque temps après, l'inspection anatomique fit voir que le muscle psoas du côté droit avait souffert une rupture considérable.

L'auteur borne à cette constatation les détails anatomiques de la lésion.

Nous trouvons un autre exemple de psoïtis suite de rupture musculaire dans la thèse de Courvoisier (2); l'origine en est assez bizarre : voici cette observation recueillie dans le service de M. Larrey, professeur au Val-de-Grâce.

Joltrain Auguste, musicien au 44e de ligne, entre au Val-de-Grâce le 11 juillet 1852; ce malade, âgé de 22 ans, est d'un tempérament lymphatique, d'une constitution chétive; atteint, il ya deux ans, d'une arthrite et, il y a six mois, de chancres dont il a laissé à la nature le soin de la guérison, il éprouva, le 9 juillet, pendant qu'il soufflait dans son cornet à pistons, un refoulement vers l'anneau du côté gauche, avec douleur modérée, sans phénomènes extérieurs, sans appa-

(1) Thèse de Lestiboudois, 1818, n° 42. Dissertation sur la psoïtis.
(2) Thèse, Paris, 1853. Du psoïtis.

rition de quelque tumeur ni hernie. Le malade marche, du reste, comme à l'ordinaire, sans éprouver ni gêne, ni douleur ; mais, deux heures après l'accident, douleur, mouvement fébrile qui l'obligent à garder le lit et durent deux jours. Le malade, en se levant, est tout surpris de boîter du côté gauche; il est envoyé à l'hôpital, service des fiévreux. On trouve un empâtement des tissus cellulaires de l'aine gauche, une douleur à la pression ; flexion de la cuisse sur le bassin, impossibilité de la mettre dans l'extension, point de réaction fébrile intense.

Le traitement consiste en un lavement purgatif, régime sévère, localement des sangsues, cataplasmes émollients, ventouses scarifiées, frictions mercurielles, bains...

24 août. Application du caustique de potasse 3 centimètres au-dessus du pli de l'aine.

25. Incision de l'eschare, issue d'un pus louable mélangé de sérosité.

26. Depuis l'incision de la veille, il s'est écoulé environ 1,200 grammes de pus.

26. Sortie par la plaie de caillots sanguins plus ou moins altérés... L'état général va s'aggravant de plus en plus, fièvre hectique; mort le 5 septembre.

Autopsie. — Poumons sains, un peu de sérosité dans le péricarde, aucun indice de péritonite; foie volumineux à tissu ardoisé, rate considérable, reins et pancréas normaux. Réduction considérable, ramollissement et coloration noirâtre des muscles psoas et iliaque à gauche, au milieu d'une vaste cavité contenant un pus grisâtre, mal lié, dans lequel leurs faisceaux sont baignés et disséqués; le foyer s'étend en hauteur en se réduisant jusqu'aux dernières insertions. Fusées purulentes considérables sous le ligament de Poupart, s'étendant : 1° en avant du droit, jusque vers le tiers antérieur de la cuisse; 2° en arrière du droit antérieur et vers le petit trochanter. Tout le triangle de Scarpa est envahi et disséqué. Vaste eschare au sacrum. L'exploration des os faite depuis le diaphragme jusqu'au coccyx et dans tout l'étendue de l'os iliaque n'a donné qu'un résultat négatif.

L'affection a-t-elle débuté par le muscle ou le tissu cellulaire ambiant? D'après l'autopsie elle-même il serait difficile de répondre à cette question ; en effet, à l'autopsie l'auteur ne signale que le ramollissement et la couleur

noirâtre des fibres du psoas, sans parler de ruptures musculaires. Le début de l'affection correspondant manifestement à un effort, la sortie par la plaie de caillots sanguins plus ou moins altérés indique suffisamment l'origine traumatique.

En voyant dans cette observation un exemple de psoïtis par contiguité, on serait très-embarrassé d'en déterminer le point de départ.

Quant aux autres exemples de psoïtis survenus après des efforts, des mouvements violents (Ettmuller, Lamotte), il est impossible, par suite de l'insuffisance des renseignements, de déterminer s'ils ont eu pour point de départ le tissu cellulaire ou la fibre musculaire, et dans ce dernier cas s'il y a eu rupture du muscle et inflammation du foyer hématique.

Nous avons cité plus haut des exemples de la rapidité remarquable avec laquelle s'opérait la disparition du sang épanché dans les ruptures complètes de muscles importants (faits de Legouest et de Richardson).

D'après les observations de psoïtis, d'après certains faits qu'on peut rattacher par leur début à des ruptures fibrillaires (Voir myosite aiguë suppurée), il semblerait résulter que les ruptures partielles de quelques fibres musculaires seulement offrent parfois plus de danger que la rupture totale.

En effet, dans les cas de rupture d'une portion étendue du corps charnu, le malade est réduit à un repos forcé, à l'impuissance du membre atteint; il réclame des soins immédiats. Mettre le muscle dans le relâchement, dans l'immobilité, amener par la position les extrémités rompues au contact, recourir à quelques antiphlogistiques et à une compression douce, telles sont les indications du traitement suivi dans l'immense majorité des cas de guérison. Mais lorsque le muscle n'est nullement interrompu dans

sa continuité, que quelques fibres musculaires seulement ont été le siége des ruptures, le malade, s'il est dur à lui-même, peut continuer ses travaux et se servir de son membre malgré la douleur. Les mouvements que le blessé imprime au muscle tiraillé sont la source d'une fatigue de l'organe, d'une irritation continuelle, qui, s'opposant à la guérison d'une lésion insignifiante au début, peut, en se prolongeant, amener la suppuration, la disparition d'une plus ou moins grande partie du corps du muscle et par conséquent, dans une certaine limite, la perte de fonction.

Comme le montrent d'assez nombreux faits de myosite et surtout les observations de psoïtis sur lesquelles nous avons insisté, le long temps qui peut s'écouler entre la rupture fibrillaire et l'inflammation suppurative ou non, a fait rejeter une semblable cause traumatique dans la pathogénie de quelques-unes de ces lésions.

L'observation suivante nous fournira un exemple d'abcès musculaire ayant reconnu une semblable origine. Nous en donnerons d'autres à l'occasion de la myosite aiguë suppurée survenant à la suite de travaux exagérés mais dans lesquelles le moment de la rupture ne peut pas être nettement défini.

Observation I. (Service de M. Ollier, de Lyon.) — Rupture traumatique du corps du biceps. — Suppuration consécutive de la partie moyenne du muscle. — Persistance de la faiblesse des contractions, malgré le rétablissement de la continuité du muscle (1).

M. C..., sœur hospitalière, reçut, il y a six ans, des soins de M. Ollier, pour une tumeur de la partie interne du bras, siégeant le long du biceps, dont elle occupait à peu près la partie moyenne. Cette tumeur s'était développée sans circonstances spéciales.

La malade portait un jour, avec une de ses compagnes, une baille à à lessive pesamment chargée. Au moment où, d'un commun accord,

(1) Gaz. des hôp., 1873, p. 419.

elles voulurent poser la baille à terre, la sœur qui lui aidait lâcha tout à coup l'anse qu'elle tenait. L'avant-bras, à demi-fléchi, eut ainsi à soutenir tout le fardeau, et avant que le biceps eût le temps de se relâcher, l'extension se produisait brusquement. Au même instant, douleur subite vers le milieu du bras, à la partie antérieure, et qui lui fit immédiatement lâcher prise. Le biceps venait d'être rupturé incomplètement par la secousse.

La malade continua néanmoins à se servir de son bras malgré la souffrance et malgré les difficultés qu'elle éprouvait à faire des mouvements.

Cependant, au bout de quelques jours, le bras se tuméfiait à sa partie moyenne et antérieure; au dire de la malade, le gonflement qui s'était produit allait, à partir de ce point, en diminuant progressivement, et présentait la forme d'un de ces pains longs qu'on nomme *miche*.

Trois semaines après l'accident, M. G... entrait à l'infirmerie. M. Ollier constatait alors une tumeur fluctuante, du volume d'un œuf, situé le long du biceps, à la réunion du tiers inférieur de ce muscle avec les deux tiers supérieurs.

L'avant-bras était fléchi sur le bras à angle droit; au niveau de la tumeur, la peau avait conservé la coloration normale. M. Ollier ouvrit cet abcès au bistouri; il s'écoula un verre de pus environ, provenant du corps même du muscle.

Les choses se passèrent très-simplement et, peu de temps après, la cicatrisation avait lieu. Six ans s'était écoulés, lorsque M. Ollier revit la malade, le 7 décembre 1872. Il constata une réparation complète de la solution de continuité; le muscle biceps ne pouvait toutefois se contracter comme celui du côté sain; il était diminué de volume, et il en résultait une faiblesse notable du bras de ce côté. L'extension était complète.

Pour nous résumer, si le traumatisme en produisant des déchirures plus ou moins complètes est assurément une des causes d'abcès musculaires; s'il répugne à l'esprit d'admettre comme impossible l'inflammation suppurative de foyers sanguins suite de ces ruptures chez l'homme en pleine santé, on arrive cependant par l'étude des faits à cette conviction qu'elle est excessivement rare. Nous verrons qu'il n'en est plus de même dans les rup-

tures musculaires (muscles droits abdominaux, adducteurs....) qui surviennent dans le cours ou pendant la convalescence des fièvres graves (fièvre typhoïde....); la suppuration du foyer hématique plus fréquente dans ces derniers cas, mais restant encore relativement rare, quoi qu'on en ait dit, est amenée par le caractère inflammatoire du processus anatomique, cause lui-même de la rupture.

Nous n'avons donc en vue ici que les ruptures assez considérables pour amener un foyer sanguin directement appréciable, laissant de côté les ruptures fibrillaires qu'on a supposé amener certaines myosites aiguës chez des individus qui s'étaient livrés à un travail exagéré.

Pour terminer ce qui a trait aux solutions de continuité, nous rappellerons que dans certaines opérations de sections musculaires sous-cutanées, l'inflammation s'établit franchement sur les points lésés et envahit la totalité du muscle qui devient rouge, gonflé et douloureux.

Nous ne dirons que quelques mots de l'inflammation du tissu musculaire par *contiguité*. Pour Ern. Cloquet l'inflammation du psoas serait toujours le résultat du pus formé en dehors de ses fibres, quelle qu'en soit du reste l'origine (phlegmon de la fosse iliaque — phlegmon périnéphrétique — péri-typhlite). Sur 12 autopsies de tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques, Grisolle (1) a rencontré 10 fois une altération plus ou moins profonde des muscles. Les psoas ont été trouvés malades 8 fois, le muscle carré des lombes 5 fois et le muscle iliaque 10 fois; la désorganisation était généralement plus profonde dans celui-ci que dans les muscles psoas et carré lombaire.

On conçoit très-bien l'extension de l'inflammation d'une partie malade au muscle voisin par l'intermédiaire du tissu cellulaire qui les relie; cette extension se montre

(1) Grisolle. Path. interne, t. I, p. 574.

dans une foule de cas où il y a phlegmon ; le phlegmon péri-néphrétique amène l'altération du carré des lombes. Les maladies des os conduisent au même résultat ; on a noté la présence du psoïtis consécutif au mal de Pott, psoïtis qui se voit souvent des deux côtés à la fois. Du reste, dans bien des cas de myosite traumatique, les caractères propres à l'inflammation musculaire sont masqués par l'abondance de la suppuration du tissu cellulaire voisin ; aussi le muscle présente-t-il bientôt dans sa partie lésée les caractères de la myosite par contiguité, les éléments musculaires macérés dans le pus prennent un aspect spécial, les fibres sont noirâtres, ramollies, infiltrées de pus. Si l'inflammation suppurative se prolonge, toutes les fibres musculaires disparaissent et il ne reste plus qu'une poche, où nagent dans le pus des détritus organiques.

MYOSITES SYMPTOMATIQUES.

Rhumatisme musculaire.

En abordant ce point d'étiologie des abcès des muscles, nous avons à nous demander si jamais le rhumatisme musculaire s'est terminé par suppuration. Cette question a été résolue différemment par les divers auteurs, suivant l'idée qu'ils se sont formée de la nature même du rhumatisme musculaire. Cette diversité d'opinions n'a pas lieu de nous étonner; les occasions manquant d'étudier cette affection sur le cadavre, l'anatomie pathologique des lésions est encore toute à faire. Pour les uns le rhumatisme musculaire n'a aucun caractère anatomique, pour les autres, la fluxion est le point de départ de tout processus rhumatismal, quand l'hyperémie existe seule, elle est mobile, se déplace et disparaît; à différents degrés d'in-

(1) Dict de méd. et de chir. pratiques, t. III, p. 458.

tensité en plus, le rhumatisme des muscles reproduirait la marche, les lésions du rhumatisme articulaire ; le fait de la suppuration dans le rhumatisme musculaire est en effet nié par la même école qui nie la suppuration dans le rhumatisme articulaire. Chomel, Requin, Grisolle, Ollivier (Dict. en 30, art. *muscles*), les auteurs du *Compendium* de médecine se sont prononcés pour la négative, Fischer, dans son mémoire sur la myosite, et Labuze, dans sa thèse sur les abcès dans la gaîne du grand droit de l'abdomen, se sont ralliés à cette opinion. Pinel, Gasc, Ozanam, Villermé, Bérard, Ferrus, Marchal de Calvi, Gendrin, MM. Bouillaud, Hardy et Béhier ont soutenu l'affirmative. Roche(1), les auteurs du *Compendium* de médecine rapportent le rhumatisme musculaire à des névralgies. Cruveilhier admet deux formes de rhumatisme des muscles, l'un dont il place le siége dans le tissu cellulaire intramusculaire, qui alors serait souvent infiltré d'une matière purulente, l'autre qu'il nomme nerveux ou névralgique serait dépourvu de tout caractère anatomique. MM. Grisolle, Hardy et Béhier n'admettent pas cette division.

A l'ouverture du corps d'individus morts d'une maladie intercurrente dans le cours du rhumatisme musculaire et articulaire, Grisolle n'a pu constater la moindre lésion. Les muscles des lombes, du thorax et des membres qui avaient été pendant longtemps le siége de douleurs vives n'ont présenté alors aucune modification appréciable dans leur coloration, leur volume, leur consistance ; cet auteur admet cependant que dans le rhumatisme musculaire c'est la fibre striée elle-même qui est primitivement, sinon exclusivement frappée. « Si on lit, dit Grisolle, la judicieuse critique que Requin a faite des observations de Latour et de Pinel qu'on a citées en faveur de la suppura-

(1) Dict. de médecine et de chirurgie pratiques, t. III, p. 458.

tion, on ne tarde pas à reconnaître avec ce professeur distingué qu'il y a ici erreur de diagnostic et que les auteurs ont pris pour un rhumatisme, tantôt un phlegmon sous-aponévrotique, tantôt un abcès métatastique. »

Valleix (Guide du médecin praticien) ne regarde pas comme des rhumatismes musculaires les cas ou l'on a observé la suppuration. Nous craignons qu'ainsi énoncée cette proposition ne préjuge la question à résoudre; on arrive ainsi à faire de la suppuration musculaire, dans un cas donné, un signe suffisant pour éliminer immédiatement le rhumatisme; or les signes différentiels donnés généralement de la myosite simple et du rhumatisme musculaire sont loin d'entraîner la conviction. « Dans quelques cas rares, dit Ferrus (Dict. en 30), le rhumatisme s'est terminé par suppuration, mais parce que cette terminaison est rare et qu'il n'est pas donné à tous de l'observer, est-ce une raison pour la révoquer en doute? Quelques-uns posant les limites du possible à l'horizon de leur observation personnelle, déclarent n'admettre point un fait qu'ils n'ont pas observé; nous ne ferons pas si bon marché des observations et des observateurs. »

Pour MM. Hardy et Béhier (1) les résultats négatifs de l'autopsie ne prouvent pas autant que le veut Grisolle, la lésion ayant pu disparaître avant la mort par suite de la révulsion opérée sur le rhumatisme par la maladie intercurrente. Dans certains cas du reste on a trouvé des altérations et l'anatomie pathologique a pu faire reconnaître quelques fois dans les muscles douloureux, entre les fibres musculaires, une infiltration purulente et même des abcès circonscrits.

« Nous oserions cependant, dit A. Bérard (2), affirmer avoir ouvert des abcès occupant la gaîne des muscles chez

(1) Hardy et Béhier. Path. int,. t. III, p. 232

(2) Dict. en 30 vol., art. Abcès.

des sujets travaillés depuis longtemps par des douleurs rhumatismales. Nous convenons du reste que ces abcès sont rares; ils le sont encore bien plus consécutivement au rhumatisme articulaire aigu; ce qu'on voit assez souvent dans le cours de cette dernière affection ce sont des abcès dans le tissu cellulaire voisin des muscles qui ont été ou sont encore le siége des rhumatismes. Il y a quelques années ces abcès furent, pour ainsi dire, épidémiques à Paris. Nous eûmes alors occasion d'en voir un assez grand nombre, et nous avons peine à croire que cela eût été un pur effet du hasard; une chose qui nous frappa singulièrement c'est que plusieurs s'étaient développés sous le grand pectoral; quelques-uns s'étendent jusqu'à l'aisselle. »

M. Bouillaud pense que le rhumatisme peut déterminer la suppuration du tissu interfibrilliare et une sorte de phlegmon rhumatismal. MM. Hardy et Behier, se fondant sur la ressemblance et la coïncidence des rhumatismes musculaires et articulaires, sur l'existence fréquente d'une fièvre symptomatique, croient devoir ne pas séparer ces deux formes de l'affection; ils admettent l'extension de l'inflammation au tissu cellulaire interfibrillaire et pour le rhumatisme musculaire comme pour le rhumatisme articulaire la terminaison par suppuration.

Avant d'analyser quelques-unes des observations les plus importantes, qui ont amené les auteurs que nous venons de citer à admettre ou à rejeter la suppuration des muscles, nous nous arrêterons un instant sur ce point d'étiologie du psoïtis; on a eu, croyons-nous, généralement moins de peine à admettre le rhumatisme comme cause de la suppuration pour le psoas que pour les autres muscles. « Une affection, dit Ferrus (art. *psoïte*, Dict. en 30) qui nous paraît avoir une grande influence sur le développement du psoïte, c'est le rhumatisme. »

Dans une des observations de Lamotte, le malade ressentait depuis longtemps des douleurs de rhumatisme dans les reins et dans les lombes.

L'observation suivante de Gendrin nous paraît être un exemple de psoïtis rhumatismal (1) :

Une femme de 48 ans est atteinte d'un rhumatisme articulaire général, occupant le poignet et le genou droit. Fièvre intense, face injectée. La malade arrive à l'hôpital le douzième jour de la maladie; elle est saignée immédiatement. Délire la nuit. Le lendemain, céphalalgie, application de sangsues au genou. Les accidents diminuent, et le vingtième jour la fièvre n'existe plus, les mouvements reprennent leur liberté.

Le vingt-quatrième jour, toux, douleurs lombaires, et les douleurs s'aggravent le vingt-cinquième.

Le vingt-septième, crachats rouillés, toux fréquente, pénible ; genou droit douloureux, cuisse droite tuméfiée et immobile. Douleurs intolérables dans le bassin, les lombes et le membre inférieur droit. Genou très-gonflé donnant les signes de la fluctuation ; respiration gênée; pouls inégal (115 à 120).

Mort, le trente-cinquième jour de la maladie.

Autopsie. — Le muscle psoas droit était d'une couleur rouge lie de vin et présentait, entre ses fibres, des fusées de pus qui se réunissaient dans un foyer assez considérable dans le tissu cellulaire adjacent. L'articulation coxo-fémorale était remplie de pus; la synoviale, devenue rugueuse, était rosée et tapissée d'une couche pseudo-membraneuse. Le ligament rond et la capsule fibreuse étaient exempts d'al-d'altération. Vers la partie moyenne de la cuisse, le muscle droit antérieur était très-ramolli, de couleur lie de vin. Il recélait dans son milieu un foyer qui contenait environ une cuillerée de pus sanguinolent, une couche de pus gélatiniforme épaisse était étendue sur toute la face postérieure de ce muscle. La face antérieure du biceps, dans toute son étendue et dans ces trois faisceaux, était très-rouge, ramollie et offrait une infiltration de pus entre ses fibres; cette infiltration ne s'étendait pas profondément dans les couches voisines du fémur, le triceps était sain. Les aponévroses d'insertion du muscle étaient saines, mais il s'était formé au-dessous d'elles, à la naissance des fibres, de petits foyers de pus disséminés par gouttelettes, dans

(1) Gendrin. Hist. anat. des inflammat., t. II, 1826, p. 188.

un tissu jaune rougeâtre induré et comme spongieux. C'est surtout inférieurement que ces altérations ont été évidentes.

On a donc trouvé, dit Gendrin, dans cette observation les différents désordres que nous avons signalés comme caractéristiques des phlegmasies aiguës des muscles.

Nous dirons en passant que M. Tessier a rangé ce fait dans les cas de diathèse purulente spontanée.

On a cité également comme exemple de psoïtis rhumatismal l'observation de Withmore (1). La malade était à peu près dans les mêmes conditions. C'était une femme de 41 ans, sujette depuis quelques temps à des douleurs rhumatismales dans le dos et dans les lombes, quoique du reste l'état général fût resté satisfaisant.

La malade succomba cinq mois après l'apparition des premiers accidents; à l'autopsie on trouva une collection purulente à l'origine du psoas, sans carie ni dénudation des vertèbres.

A la lecture de l'observation telle que la rapporte l'auteur, on reconnaît avoir affaire évidemment à un phlegmasie du tissu cellulaire de la fosse iliaque.

Dans quelques autres observations où l'on a signalé le rhumatisme musculaire comme une des causes de l'inflammation du psoas, les malades se sont plaints comme ici pendant longtemps d'une douleur vive dans la région lombaire ; mais faut-il accuser ici le rhumatisme, ou la douleur qui accompagne un commencement d'altération musculaire ayant pour point de départ une lésion circonvoisine quelconque, échappée à l'autopsie. De même on a pu dire encore que la pleurodynie pouvait se terminer par la suppuration du tissu cellulaire qui entoure les différents muscles que revêtent les parois de la poitrine, et on trouve

(1) Obs. sur un psoïtis suppuré et sur une perforation de l'intestin côlon avec abcès stercoral. Journal général de méd. et de chirurg., 1828. Withmore.

citées plusieur observations d'abcès de l'aisselle et des parois du thorax comme consécutifs à du rhumatisme musculaire, mais ces faits sont douteux, et la douleur qu'on y relate peut-être l'effet de certaines phlegmasies et non d'une véritable pleurodynie.

Marchal (de Calvi), dans sa thèse d'agrégation, rapporte également une observation de psoïtis qu'il attribue au rhumatisme ; en voici le résumé :

Un charpentier, obligé de travailler longtemps la nuit et le jour à réparer la roue d'un moulin, était presque constamment dans l'eau. Quelque temps après, il ressentit des douleurs articulaires dans les deux pieds ; ces douleurs se portèrent au mollet, au genou, aux hanches, aux reins et se fixèrent avec plus d'intensité aux parois de la poitrine. Après la guérison apparente, il lui reste de la douleur accompagnée de pesanteur à l'aine gauche et à la fesse. Il y a trois mois, il s'aperçut qu'il portait une tumeur dans l'aine et la prit pour une hernie... A l'incision, il s'écoula deux livres de pus, non fétide, d'assez bonne nature. Puis, nouvelle ponction ; il s'écoula un pus sanguinolent fétide. Guérison.

En admettant que le psoas était le siége de l'altération, nous ferons remarquer, ici comme plus haut, quelle marche lente affecte la suppuration musculaire. Nous ajouterons, au point de vue qui nous occupe, que l'observation de Gendrin est certainement plus concluante.

Fischer, dans son mémoire sur la myosite a recherché avec le plus grande soin, sur quelles observations est basée la théorie de la terminaison suppurative du rhumatisme musculaire ; après les avoir rapportées et commentées, il arrive aux conclusions suivantes, confirmation des idées de Chomel :

1° Il n'est pas certain, jusqu'ici, que le rhumatisme musculaire se soit jamais terminé par suppuration, puisqu'aucun fait observé ne le démontre.

2° Il est au moins fort douteux que le rhumatisme soit de nature à produire la suppuration des muscles.

Il sera intéressant pour nous d'interpréter quelques-unes des observations regardées comme des exemples de rhumatisme articulaire suppuré.

L'observation de Pinel (1) nous montre un vaste épanchement purulent ayant pour point de départ l'articulation du genou et ayant fusé entre le droit antérieur et le crural, entre le triceps crural et le fémur.

Toutes les observations d'abcès musculaires survenus pendant le rhumatisme articulaire aigu nous semblent appartenir à cet ordre de faits.

L'observation de Gasc (2) est un exemple d'arthrite suppurée ouverte à l'extérieur ; l'auteur du reste avoue que, dans les muscles du membre abdominal, on ne put rencontrer la moindre trace de suppuration.

Dans l'observation de Villermé (3) on reconnaît les symptômes d'un phlegmon diffus de la jambe et d'une arthrite suppurée du genou ; le développement d'accidents généraux dans ce fait est très-évidemment lié à l'infection purulente.

Ozanam (4) ne dit même rien de la lésion des muscles à l'autopsie ; on reconnaît un vaste abcès sous les tégument et sous les muscles du côté droit du cou, d'où il est sorti une demi-peinte d'un pus verdâtre épais.

Latour (5) rapporte une observation où l'on constate une arthrite purulente du genou, la présence de pus dans l'articulation péronéo-tibiale supérieure des fusées puru-

(1) Nosographie philosophique, t. II, p. 534, 1818, obs. I. Fischer.

(2) Mém. de la Soc. d'émulation, 1803, t. V.

(3) Journ. de méd. de Corvisart, juillet 1813. Obs. sur un rhum. qui s'est terminé par suppuration du corps des muscles.

(4) Journ. méd. de Corvisart, février 1814. Rhum. art. aigu terminé par la suppuration et la mort.

(5) Essai sur le rhumatisme. Thèse, Paris, 1803, p. 102.

lentes entre les muscles droit antérieur et crural ; autre foyer purulent le long du fémur. Ce fait rentre dans l'ordre auquel appartient l'observation de Pinel.

Latour (*loc. cit.*, page 105) : pus dans le corps des muscles radiaux gauches, tumeur purulente dans les demi-tendineux ; cette observation nous offre un cas de morve nettement caractérisé ; douleurs dans les membres, bras, avant-bras ; articulation fémoro-tibiale gauche douloureuse, érysipèle de la face s'étendant jusque sur la partie latérale gauche du cou ; au 30e jour, éruption génerale de pustules de la grosseur d'un gros bouton de variole ; furoncles à la cuisse, mort. Domestique couchant depuis huit jours dans des écuries humides.

Vallerand de la Fosse (1). Le malade est saigné pour une ophthalmie, la piqûre s'entoure d'un cercle rougeâtre, angioleucite du bras et de la partie supérieure de l'avant-bras, infection purulente ; fièvre, frisson, chaleur brûlante, sueurs exessives, mort. Pus dans presque toutes les articulations ; dans les muscles sterno-mastoïdiens, grand pectoral gauche, grand fessier, deltoïde droit, trapèze, etc., etc.

On voit ainsi, d'après cette courte analyse que l'étude de l'affection farcino-morveuse et surtout de l'infection purulente est venue mettre dans leur vrai jour ces prétendues observations de rhumatisme musculaire terminées par la suppuration et en donner la véritable interprétation.

A la suite de cet exposé rapide, on peut juger quelle est l'obscurité qui règne sur cette question ; si certains faits (observation de Gendrin), certains assertions plus ou moins vagues (Bérard), surtout l'analogie de nature qui existe entre le rhumatisme articulaire et le rhumatisme muscu-

(1) Du rhumatisme. Thèse, Paris, 1815.

laire font entrevoir la possibilité de la terminaison par suppuration, les observations qui viennent à l'appui de cette opinion sont extrêmement rares et peu concluantes.

FIÈVRES GRAVES.

La plupart des maladies aiguës, fébriles, infectieuses (fièvre typhoïde, variole, scarlatine, rougeole, phthisie aiguë) retentissaient sur le système musculaire, comme elles le font sur les autres organes. Lorsqu'en 1864, Zenker (1) entreprit ses recherches sur l'état des muscles dans la fièvre typhoïde, son attention avait été attirée sur ce sujet par les faits de rupture et d'hémorragie des muscles que Rokitansky et Virchow avaient signalés dans la fièvres typhoïde. Comme résultats de ses travaux, Zenker arriva à reconnaître deux formes d'altérations du contenu strié qu'il désigna sous les noms de dégénérescence granuleuse et cireuse; il considéra ces modifications de la fibre musculaire comme spéciales à la fièvre typhoïde, et n'ayant rien de commun avec l'inflammation ; c'est donc à tort, selon l'auteur allemand, qu'on les a rangées parmis les affections parenchymateuses. En 1865, Valdeyer reprit la description des lésions indiquées par Zenker, et, les comparant à celles de la myosite traumatique, il fournit des preuves en faveur de leur nature inflammatoire. Dans l'important travail, inséré dans les Archives de physiologie de 1870, et dans une série de notes qui l'ont précédé, M. G. Hayem s'est attaché à démontrer que ces mêmes altérations ne constituent pas une dégénérescence particulière à la fièvre typhoïde, mais se présentent également dans d'autres maladies générales fébriles qui produisent dans les fibres

(1) Arch. gén. de méd, août-septembre 1865.

musculaires comme dans le reste de l'organisme des lésions profondes.

Les recherches de M. Hayem comprennent des faits de fièvre typhoïde qui l'ont conduit à la vérification des faits observés pas Zenker, 11 cas de variole, 2 cas de rougeole, 1 de scarlatine, 1 cas d'érysipèle ambulant compliqué de méningite tuberculeuse, 1 cas de tuberculisation générale aiguë, 1 cas de fièvre puerpérale ; l'auteur a rencontré dans ces diverses affections générales les mêmes altérations musculaires, se résumant en altérations vitreuse et granuleuse, lésions des parois des vaisseaux, prolifération des éléments du sarcolemme à des degrés variables, suivant la durée de la maladie,suivant les muscles examinés ; mais avec des caractères identiques qui lui ont permis d'en tracer une description générale.

En étudiant au point vue des lésions musculaires 10 cas de fièvres palustres graves. M (1) a trouvé que dans 7 cas il existait des lésions très-importantes, caractérisées par la production de granulations graisseuses, de noyaux nombreux de nouvelle formation, l'absence de striation, enfin la dégénérescence vitreuse. D'après cela, ces lésions s'observent dans les fièvres pernicieuses comme dans les fièvres palustres, dites rémittentes.

Comme nous venons de le voir, Valdeyer par des expériences sur des animaux, a le premier reconnu l'analogie qui existe entre l'altération des muscles dans la fièvre typhoïde et celle de diverses espèces de myosites traumatiques ; les recherches de M. Hayem à ce point de vue l'ont conduit au même résultat.

« En effet, dit M. Hayem (2), toutes les formes de myo-

(1) Union médicale. De la myosite et des myosites symptomatiques dans les fièvres palustres graves. 1869.

(2) Arch. de physiologie, 1870. Etude sur les myosites symptomatiques. G. Hayem, p. 81.

sites spontanées ou traumatiques ; myosites suppuratives, inflammations des muscles qui succèdent au traumatisme, plaies, contusions, amputations sont caractécrisées par des modifications du tissu interstitiel et du tissu musculaire lui-même, toutes les fois que les fibres musculaires sont altérées, le contenu strié ou cellules musculaires offrent absolument les mêmes phénomènes, que ceux que nous avons décrits dans les myosites symptomatiques. Il en est de même dans toutes les irritations musculaires dues, soit à la présence d'un parasite (trichine), ou un corps étranger quelconque. Vient-on également à produire l'inflammation des muscles, chez les animaux, de manière à suivre pas à pas les alterations qui se montrent dans la fibre musculaire, on assiste encore à des faits anatomiques analogues. Parmi les nombreuses pièces que j'ai examinées, il en est une qui offre une très-gande ressemblance avec les myosites symptomatiques arrivées au 2e ou 3e degré. . . . . Lorsqu'on pratique chez un animal, grenouilles, cochons d'Inde, une section musculaire sous-cutanée ou à l'air libre, on détermine la formation de deux moignons entre lesquels il se fait tout d'abord une petite hémorrhagie. Bientôt au niveau des surfaces sectionnées il se produit une myosite qui offre les mêmes caractères anatomiques que ceux des myosites symptomatiques ; mais l'irritation porte toujours à la fois sur le tissu interstitiel et sur la fibre elle-même. Il en résulte une double néoplasie qui envahit peu à peu l'intervalle des deux moignons à mesure que se fait la résorption du sang. . . . . Quelques jours suffisent pour qu'il apparaisse une sorte de cicatrice molle, constituée par du tissu analogue à celui des bourgeons charnus et remplie de cellules musculaires. Les éléments musculaires nouveaux ne dépassent pas l'état fœtal. Il n'existe donc pas de véritable régénération traumatique des muscles, comme semblent le prouver les travaux

de certains auteurs, et les résultats microscopiques sont d'ailleurs conformes aux faits revélés par la simple vue et signalés depuis longtemps dans les traités de chirurgie et d'anatomie pathologique. »

Depuis, des expériences ont été instituées dans le but d'élucider la question de régénération des muscles. Ainsi, le docteur Gussembauër (1), en étudiant le processus de cicatrisation dans les muscles sous la peau, a reconnu que peu de temps après la section se produit la dégénérescence vitreuse ; en même temps un très-grand nombre de faisceaux éprouvent la transformation granuleuse.

Leo Popoff de Saint-Pétersbourg (2) à la suite de recherches sur les muscles striés est arrivé aux mêmes conclusions que M. Hayem dans son travail sur les myosites symptomatiques ; dans toutes les formes de maladies infectieuses qu'il a étudiées (fièvre récurrente, fièvre typhoïde, typhus exanthématique, fièvre puerpérale), les modifications du tissu musculaire lui ont offert un caractère inflammatoire accusé non-seulement par la tuméfaction trouble, mais encore par une grande multiplication des noyaux. Aussi, d'après le même auteur, la dégénérescence vitreuse des fibres musculaires doit-elle être considérée comme un phénomène accompagnant une inflammation, et non comme une dégénérescence pure.

Il semblerait donc bien établi que les altérations musculaires décrites dans les diverses circonstances dont nous venons de parler sont un des caractères principaux de l'inflammation des muscles. Cependant cette opinion a été attaquée par divers auteurs pour qui les transformations granuleuse et vitreuse ne seraient à peine qu'une lésion nutritive.

(1) Arch. für Klin. chirurg., 1870, 13 bd. Gaz. hebd., 1873.

(2) Contribution à la pathologie des fibres musculaires striées. Centralblatt, 1873, n° 44. Revue des sciences méd., t. III, p. 125.

Weihl (3), à la suite de recherches expérimentales, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° On détermine par les procédés les plus divers, dans la musculature de la langue des grenouilles vivantes, des altérations, qui présentent la plus grande analogie avec la « dégénérescence céroïde » des auteurs, et qui lui sont très-probablement identiques;

2° Ces altérations étant spontanées et rapides n'ont ni le caractère des dégénérescences ni celui des inflammations.

En effet, dans les expériences de l'auteur (irritation amenant des contractions énergiques, incisions simples, incisions sous-cutanées, écrasement à l'aide de pinces), le résultat est extrêmement rapide ; quelle que soit même la rapidité avec laquelle on opère, on n'arrive pas à assister au début de l'altération.

Pour Weihl, les deux formes granuleuse et vitreuse sont complètement indépendantes, puisqu'il n'a jamais observé la seconde dans ses expériences.

Si nous insistons sur ces détails qui paraissent s'éloigner de notre sujet, c'est que nous croyons, que ces altérations de la fibre musculaire offrent une assez grande importance pour établir la pathogénie de certains abcès idiopathiques des muscles, survenus chez l'homme sain à la suite d'exercices musculaire exagérées, de fatigues excessives.

A ce point de vue la première série des expériences de Weihl nous paraît offrir un certain intérêt : « La grenouille est attachée sur une planchette et la langue, tirée hors de la bouche avec précaution, est fixée au moyen de cinq à six épingles au-dessus d'un trou percé dans la planchette. L'animal contracte énergiquement et à plusieurs reprises les muscles de la langue, qui s'hyperémie. Au microscope

(3) Arch. für path. anat. und physiol., t. LXI, p. 253. Revue des sciences méd., t. V, p. 488, 15 avril 1875.

on constate aussitôt que les fibres musculaires présentent une altération semblable à la dégénérescence cireuse de Zenker. » Du reste cette expérience n'est pas récente, seulement MM. Cornil et Rauvier lui donnent une autre interprétation : (1) « Lorsqu'on étend la langue d'une grenouille vivante avec des épingles comme on le fait pour étudier la circulation de cet organe, il arrive le plus souvent que, sous l'influence de la traction, des fibres musculaires ont été rompues et forment des masses réfringentes et unies. »

On ne doit pas, suivant ces histologistes, confondre la dégénérescence vitreuse avec ces modifications tout accidentelles.

Bien que l'accord ne soit pas complet entre les auteurs, nous pensons, pour les raisons que nous avons exposées plus haut, que ces diverses altérations des muscles se rattachent à un processus inflammatoire.

Cela étant posé, dans les cas d'abcès musculaires survenus chez l'homme sain à la suite de fatigues prolongées, dans certains cas dont nous parlerons plus tard, ne pourrait-on pas supposer que les phénomènes chimiques de la fatigue musculaire ont une influence plus ou moins considérable sur le développement de l'inflammation ; les produits de désassimilation du muscle, en irritant le contenu strié, amèneraient l'état vitreux et granuleux, l'altération des vaisseaux, la prolifération des noyaux du sarcolemme, et par l'évolution ultérieure du processus, tel qu'on le constate dans les myosites symptomatiques des fièvres graves, on arriverait à entrevoir l'explication de ces myosites suppurées qui amènent la fonte de un ou de plusieurs muscles et dont, à notre avis, le fait de Petel et l'observation de psoïtis de Dance sont les plus beaux

(1) Cornil et Ranvier. Man. d'histol. path., p. 480, 1873.

exemples. Ce n'est là, sans doute, qu'une hypothèse bien hasardée, mais étant admise la nature inflammatoire des altérations cireuse et granuleuse, la rapidité avec laquelle elle surviennent expérimentalement lui laisserait quelque vraisemblance.

Nous nous étendons assez longuement sur ces points pour n'avoir plus à y revenir à l'occasion des myosites spontanées aiguës ; pour la même raison nous allons résumer d'après le travail de M. Hayem (2) les altérations musculaires des fièvres graves ; ces indications sont nécessaires pour nous former une idée exacte de la pathogénie des abcès musculaires, en particulier dans la fièvre typhoïde, et de leur intermédiaire, les ruptures, les épanchements sanguins.

On reconnaît trois degrés dans ces altérations :

1° Les muscles altérés sont presque toujours un peu tuméfiés et durs, leur coloration est brunâtre, d'un rouge foncé ; leur friabilité un peu plus grande qu'à l'état normale.

Ces caractères sont dus à une hyperémie d'une intensité variable. Dans quelques points très-irrégulièrement distribués, on observe dans ce premier degré d'altération une pâleur et une fragilité anormales des faisceaux musculaires ; caractères qui atteignent leur maximum d'intensité dans le stade suivant ; on trouve déjà, à cette époque, des épanchements plus ou moins étendus dans le tissu interstitiel des muscles et principalement dans le tissu cellulo-adipeux ; mais ces hémorrhagies du début sont liées à la nature de la maladie principale (variole hémorrhagique) et distinctes de celles qui surviennent plus tard.

2° Le deuxième degré des altérations musculaires sym-

(2) Arch. de physiol., 1870, p. 81.

ptomatiques et caractérisé par le développement complet des transformations granuleuse et vitreuse du contenu strié, par les modifications plus ou moins profondes de la striation dans les muscles dégénérés, et surtout par la prolifération des éléments cellulaires dans l'intérieur du sarcolemme.

Dans quelques cas le périmysium et la paroi des vaisseaux offrent aussi des phénomènes d'irritation cellulaire.

3° Le troisième degré se rapporte presque exclusivement à la fièvre typhoïde, non parce que cette maladie est seule capable de produire des lésions musculaires avancées; mais parce que plus que toute autre elle permet au malade de vivre un temps suffisant. Il se compose de deux ordres de faits : d'un travail de régression qui s'empare des fibres anciennes altérées, atrophie simple, désorganisation des fibres, atrophie numérique; d'autre part travail de réparation ou de régénération dont le but est de restituer aux muscles leur structure primitive. Les nouvelles fibres qui se forment dans cette dernière phase tirent leur origine des cellules musculaires préexistantes dont la prolifération est déjà évidente dans le deuxième degré.

M. Hayem croit que le périmysium ne donne naissance qu'aux éléments accessoires.

Ces altérations survenues sous l'influence d'une cause générale peuvent siéger dans toutes les régions, cependant elles affectent de préférence certains muscles. D'après les recherches de Zenker on rencontre en première ligne les adducteurs des cuisses et les muscles voisins, en seconde ligne les grands droits de l'abdomen et les pyramidaux. Ce sont les grands droits de l'abdomen qui avaient fixé l'attention en raison de la fréquence avec laquelle on y observe les hémorrhagies consécutives, mais d'après Zenker, ils ne viennent qu'après les adducteurs sous le rap-

port de la dégénérescence elle-même. A part ces points privilégiés, le même auteur a rencontré des foyers de dégénérescence à des degrés les plus avancés dans les muscles suivants : le plus souvent dans les pectoraux, le transverse de l'addomen, l'oblique interne, le sous-scapulaire, le triceps brachial, les jumeaux, le carré crural et le vaste interne.

Sous le rapport de la fréquence, pour l'auteur allemand, ces lésions ne le cèdent guère aux lésions de la muqueuse intestinale ; sur 75 cas de fièvre typhoïde il a rencontré 70 fois l'altération à des degrés divers dont 49 fois dans plusieurs groupes musculaires, 21 fois dans un seul groupe (dans 6 cas l'examen n'a porté que sur un groupe de muscles). Sur les 9 autres cas, 4 fois la dégénérescence granuleuse était avancée, 4 fois dégénérescence granuleuse légère ; un seul fait négatif (l'autopsie n'a pas été faite par Zenker lui-même).

M. Hayem étendant ses études aux maladies que nous avons citées plus haut est arrivé à démontrer que ces lésions sont au moins aussi fréquentes dans la variole que dans la fièvre typhoïde, soit dans les muscles du squelette, soit dans les muscles du cœur.

La marche des lésions que nous venons d'indiquer et qui, dans les cas ordinaires, mène à la régénération complète de l'élément et au rétablissement de la fonction, peut être interrompue par les accidents, les complications de ces mêmes altérations, les hémorrhagies, les infiltrations purulentes, les abcès.

On peut reconnaître plusieurs causes aux hémorrhagies, et suivant ces causes, elles varient quand à l'époque de leur apparition, leur abondance, leur siége. Les unes, comme nous l'avons vu, tiennent à la nature hémorrhagique de la maladie et se font dans les muscles comme dans la peau et les viscères (ictère grave, scarlatine, variole hémorrha-

giques) ; ces hémorrhagies se produisent à un moment ou les fibres musculaires ne sont pas rompues ou même notablement fragiles (altérations du sang, infiltration granuleuses des petits vaisseaux).

A un degré d'altération plus avancé, les ruptures sont rendues possibles par la dégénérescence des fibres musculaires et surtout la dégénérescence granuléuse.

Enfin, dans le troisième degré, d'autres épanchements dépendant de l'oblitération des artères musculaires (thrombose par endartérite). M. Hayem fait jouer un grand rôle à cette dernière cause dans la pathogénie des hémorrhagies de la fièvre typhoïde.

Zenker décrit trois formes d'épanchement sanguin : les ecchymoses, les infiltrations sanguines, les véritables foyers hémorrhagiques.

Les petites ecchymoses affectent généralement la forme de stries dirigées dans le sens des fibres musculaires. Les infiltrations qui ne s'accompagnent pas d'une solution de continuité peuvent occuper une étendue très-variable. Quant aux foyers hémorrhagiques, ils n'atteignent pas en général de grandes dimensions (noix, œuf de poule).

Sur les 52 observations de myosites symptomatiques que M. Hayem a étudiées, l'hémorrhagie ne s'est rencontrée que 7 fois ; trois varioles sur 22, deux fièvres typhoïdes sur 19, une phthisie aiguë sur 3.

Zenker qui a recueilli onze cas de rupture et d'apoplexie musculaire ne donne pas le chiffre de ses observations.

Sur 159 cas de fièvre typhoïde, Hoffman a rencontré onze fois l'hémorrhagie musculaire ; ce relevé prouve la rareté de cette complication.

Zenker signale comme siége les muscles droit et transverse de l'abdomen, le petit pectoral, le sous-scapulaire, le biceps brachial et le psoas.

Dans les observation de M. Hayem, les hémorrhagies de la fièvre typhoïde siégent dans les deux grands droits, une fois dans un des grands droits et dans la paroi interventriculaire du cœur ; quant à celle de la variole, deux fois dans les grands droits et une fois dans les muscles de la cuisse ; dans l'ictère grave, dans les digitations du grand pectoral d'un seul côté ; dans l'observation de phthisie aiguë, dans les deux grands droits.

On peut voir d'après ces quelques indications que les hémorrhagies ont les mêmes points de prédilection que les dégénérescences vitreuse et granuleuse, de plus elles se présentent dans des points qui sont le siége de contractions plus ou moins violentes. La prédominance des ruptures dans le grand droit (chez l'homme sain du reste ce muscle est un des plus fréquemment rupturés), s'applique par leur mise en jeu dans d'assez nombreux efforts physiologiques : toux, évacuations alvines, vomissements. Dans la fièvre typhoïde, ces ruptures s'effectuent le plus souvent dans le courant de la deuxième et de la troisième semaine.

La terminaison des hémorrhagies des muscles est très-variable ; le sang peut rester indéfiniment fluide ; il peut subir ses tranformations ordinaires ; coagulation, transformation moléculaire ; la résorption n'est pas impossible dans les grands foyers : dans un cas Virchow trouva un kyste apoplectique d'un côté et de l'autre une cicatrice pigmentée.

Dans quelques circonstances, dit M. Hayem (1), qui ne sont pas encore bien connues, les foyers apoplectiques deviennent le siége d'une inflammation gangréneuse et forment des foyers dans lesquels ont trouve une sanie purulente noirâtre d'une odeur infecte.

(1) Loc. cit.

Dans l'opinion de Zenker et de M. Hayem la terminaison par suppuration est une des complications les plus rares. L'infiltration du pus à un très-faible degré est un accompagnement assez fréquent du troisième degré des altérations, c'est-à-dire qu'il n'est pas rare de trouver, à l'époque où le périmysium est malade, un certain nombre d'éléments analogues aux globules blancs du sang.

Zenker, pour sa part, n'a observé que deux cas de suppuration musculaire chez des sujets atteints de fièvre typhoïde; dans l'un, il s'agissait de noma survenu à la suite de la maladie, le petit pectoral renfermant un foyer purulent; dans le second il s'agissait de collections purulentes sous-aponévrotiques qui ne paraissent pas avoir intéressé le tissu propre des muscles.

Depuis les travaux auxquels nous avons emprunté les détails précédents, diverses observations ont été publiées dans les recueils et plusieurs thèses soutenues à la Faculté sur les hémorrhagies et les abcès musculaires dans la fièvre typhoïde.

Le Dr Labuze (1), se plaçant au point de vue général des abcès développés dans la gaîne du grand droit en a réuni treize observations qui toutes ont rapport à la suppuration de foyers hématiques survenus dans le cours ou la convalescence de la fièvre typhoïde.

M. Chaparre (2) a analysé 12 observations au point de vue de l'hémorrhagie musculaire dans la fièvre typhoïde.

Enfin M. Jacops (3) ajoute deux observations, dont une lui est personnelle, à sept autres observations d'abcès musculaires prises parmi celles qui lui ont paru pouvoir être

(1) Thèse, Paris, 1871.
(2) Thèse, Paris, 1872.
(3) Thèse, Paris, 1873.

le moins attaquées. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé:

1° On voit *souvent* se développer dans le courant d'une fièvre typhoïde ou pendant la convalescence, des abcès musculaires dus à des ruptures des muscles, favorisés par un état spécial des muscles qu'on appelle état vitreux.

2° Ces abcès présentent un pronostic assez grave par suite de l'influence fâcheuse qu'ils exercent sur l'état général du malade.

3° Le diagnostic de ces abcès est souvent difficile, vu que l'attention du médecin est détournée de leur recherche par le mouvement fébrile qui les accompagne et peut dans certains cas faire croire à une tuberculose au début.

4° Dans le traitement, on doit surtout se préoccuper d'inciser les abcès dès qu'on en a reconnu l'existence.

Quant on songe que Zenker, dont l'attention était attirée depuis longtemps sur cet ordre de faits, n'a observé que deux cas de suppuration; que M. Hayem n'a pas eu l'occasion d'en voir par lui-même ; que le nombre des observations publiées ne dépasse pas une douzaine, il est difficile d'admettre dans tous ses termes la première conclusion de la thèse de M. Jacops. Nous n'avons en vue, du reste, que les faits duement terminés par la suppuration et non ceux où l'incision du foyer ne donne issue qu'à des caillots plus ou moins altérés.

Si on a rencontré les hémorrhagies musculaires dans de nombreuses affections : dans l'ictère grave, dans la phthisie aiguë, chez un phthisique mort de méningite tuberculeuse (Hayem); dans le cours de la phthisie pulmonaire (1); si longtemps avant M. Cruveilhier avait observé ces hémorrhagies dans le cours de fièvres quartes rebelles, ce n'est que dans la fièvre typhoïde, que nous sachions, qu'on a ren-

(1) Reverdin, Bullet. de la Soc. anat., 1868, p. 612. Hématomes des muscles de l'abdomen dans le cours d'une phthisie pulmonaire.

contré la terminaison par suppuration des foyers hématiques.

Nous devons nous demander en terminant comment se forme le pus de ces abcès ; l'inflammation directe du caillot sanguin et sa transformation en pus n'est plus admise ; il amène la suppuration en agissant sur les parties environnantes comme un corps étranger ; l'état particulier de dégénérescence où se trouvent les faisceaux musculaires avoisinants et l'état de prolifération du tissu conjonctif et du sarcolemme favorisant l'inflammation. Le pus fourni vient se mêler au sang et constitue un liquide purulent roussâtre ; on peut souvent reconnaître dans ce pus sanieux des caillots noirâtres et ramollis, des détritus de tissu conjonctif et de fibres musculaires.

On a rapproché cette terminaison par suppuration les phénomènes qui se passent quelquefois au sein des anévrysmes. « Lorsqu'une poche anévrysmale, dit M. Broca (1) contient des caillots qui résultent d'une stagnation trop prolongée du sang ou d'une inflammation antérieure du sac, ces caillots, dits passifs, peuvent par leur simple contact déterminer l'inflammation de la poche anévrysmale ; les caillots contenus dans l'artère se fondent et se dissocient dans le pus. »

Mais, après cela, peut-on considérer tous les abcès de la fièvre typhoïde comme des foyers hémorrhagiques enflammés ? Un seul cas fait exception à cette règle ; M. Liouville, en effet a montré à la Société de biologie (année 1870) un abcès non hématique du grand droit.

La marche de ces collections purulentes offre le plus souvent l'irrégularité et la lenteur que nous avons signalées dans les abcès musculaires, reconnaissant une autre origine. Le pronostic emprunte toute sa gravité à l'état gé-

(1) Des anévrysmes et de leur traitement, p. 176.

nal du malade. Le traitement n'offre rien de particulier ; ces abcès doivent être ouverts le plus tôt possible (abcès ouverts dans la cavité péritonéale) ; l'incision devant être suffisante pour pouvoir évacuer tous les caillots ; les portions sous-cutanées et aspiratrices seront rejetées.

Nous ne dirons rien des abcès dus à l'infection purulente, à l'affection farcino-morveuse ; ceux-ci, étudiés par les histologistes (1), ressemblent du reste aux infarctus de l'infection purulente.

L'étude des abcès froids des muscles qui ont été rapportés à la scrofule, ne nous offre de l'intérêt qu'au point de vue du diagnostic de la tumeur purulente elle-même.

D'après A. Berard et Denonvilliers (2), ces abcès ne seraient peut-être pas aussi rares, qu'on est porté à le croire ; d'après le silence que les auteurs ont gardé à ce sujet, les causes en sont obscures, les personnes affectées étaient d'âge et de condition différents. Ces chirurgiens en ont observé dans le biceps brachial, dans les radiaux externes et le long supinateur.

Voici les signes que les auteurs du *Compendium* ont assignés aux abcès froids des muscles : tumeur qui s'accroît lentement sans changement de couleur à la peau, sans douleur, sans gêne notable des mouvements du membre affecté. Quelques malades ressentent des douleurs spontanées ou qui se renouvellent par suite des contractions musculaires. Leur volume ne dépasse pas une noix. On reconnaît que la tumeur est liée à un muscle par les variations de mobilité et d'immobilité qu'elle présente selon que les fibres charnues qui l'emprisonnent sont dans le relâchement ou dans un état de contraction qui les rend tout à fait fixes et rigides. On peut même, dans quelques

(1) Gaz. des hôp., 1868, p. 373. Morve aiguë. Examen microscopique de M. Cornil. Arch. de physiol., 1873, n° 6.

(2) Comp. de chirurg., art. Abcès.

cas, s'assurer que la tumeur n'est pas seulement adhérente au muscle, mais qu'elle se trouve placée dans son intérieur, lorsque sa surface, facile à explorer pendant le repos, disparaît tout à coup et semble se cacher derrière des bandes résistantes quand le muscle entre en contraction.

Dans la première observation, l'incision seule put révéler la nature de la tumeur à M. Denonvilliers; dans la deuxième, malgré la dureté de la tumeur située dans le biceps ce chirurgien diagnostiqua un foyer purulent.

Linhart (1) dit avoir vu un certain nombre d'abcès idiopathiques froids des muscles qui peuvent se propager aux os s'ils sont développés au voisinage des insertions. Ces abcès naissent assez rapidement. Le pus se forme entre les fibres musculaires. De la réunion de plusieurs petits foyers, il résulte quelquefois un foyer plus grand. Ces abcès froids existent surtout au thorax.

Enfin les tumeurs gommeuses syphilitiques peuvent subir la transformation purulente et donner lieu à un abcès intramusculaire circonscrit; on a rapporté certains abcès froids des muscles à cette étiologie. Les tumeurs gommeuses passent en effet par deux périodes: la période de dureté et celle de ramollissement. D'après M. Bouisson, si la marche a été lente, le contenu ramolli ressemble à une solution de gomme; si elle a été rapide, on trouve du pus au centre; les fibres musculaires ramollies se détruisent, et l'inflammation présente tous les symptômes des abcès chauds arrivés à la période de suppuration.

(1) Cité par M. A. Després .Thèse d'agrégation, 1866. Des tumeurs des muscles.

MYOSITES SPONTANÉES AIGUES.

Les abcès de la langue sont une terminaison de la glossite aiguë ; rares, à cause de la structure exclusivement musculaire de l'organe, ils ont cependant été admis par tous. « On a observé des abcès dans tous les points de la langue et à tous les âges de la vie » (1). D'un autre côté on trouve çà et là dans les diverses publications des observations d'abcès du tissu propre du cœur ; l'accord est loin d'être aussi complet entre les auteurs au sujet des abcès chauds des muscles du squelette.

« La première réflexion que fait naître l'étude des maladies des muscles, dit Ollivier (2), c'est que ces organes doués d'une vitalité si active et parcourus d'un nombre si considérable de vaisseaux et de nerfs ne soient pas plus souvent le siége de l'inflammation. »

L'extrême rareté des abcès chauds des muscles est proclamée par tous. « Il est peut-être sans exemple (3) qu'on ait observé un abcès chaud dans le tissu même des muscles. »

On trouve du reste dans la thèse de Dionis des Carrières (4) un historique complet de la question ; dans ce travail, inspiré par les leçons sur la myosite faite par Velpeau à la Charité, il s'est attaché à démontrer qu'il existe en dehors des affections générales, telles que la morve, le farcin, l'infection purulente, une inflammation du corps charnu des muscles, c'est-à-dire, pour cet auteur, du tissu cellulaire qui unit entre eux les faisceaux musculaires, que

(1) Bouisson. Dict. encycl. des sciences méd., art. Langue.
(2) Dict. en 30 vol., art. Muscles.
(3) Denonvilliers. Dict. encycl. des sciences médic., art. Abcès.
(4) Thèse, Paris, 1851.

cette inflammation suit la marche propre à toutes les phlegmasies, en affectant cependant quelques symptômes qui lui sont propres, enfin qu'elle peut exister ailleurs que dans le psoas.

La myosite, en effet, est caractérisée par une induration très-remarquable, qualifiée de ligneuse par Velpeau, sur laquelle Dionis insiste particulièrement, induration contenue exactement dans les limites du muscle malade, pouvant en envahir une portion ou la totalité, par de la tuméfaction, des douleurs vives; mouvemements spontanés impossibles, accidents fébriles plus ou moins intenses.

En parcourant la thèse que nous venons de citer, on voit que sur dix cas de myosite aiguë, la maladie s'est terminée deux fois par la suppuration.

Fischer, dans son mémoire, a pu rassembler 13 cas de myosite spontanée aiguë, et les deux seuls terminés par suppuration sont empruntés au travail précédent. Nous les citerons plus loin. Parmi ces 13 observations, 4, du reste, appartiennent à la forme chronique ou rhumatismale.

On reconnaît généralement deux causes principales à la myosite aiguë : l'impression du froid sur une partie couverte de sueur, et la fatigue musculaire par un exercice trop rude et trop longtemps continué, longues marches, professions pénibles.

En effet, dans les 3 premières observations de Dionis des Carrières, l'un, jardinier, avait bêché toute la journée; l'autre, garçon de magasin, chargé une voiture; le troisième, boulanger, avait pétri la pâte toute la nuit.

Une marche forcée, dit Velpeau, produira une inflammation des muscles de la jambe; des mouvemements exagérés du bras produiront une myosite du grand pectoral ou du deltoïde.

Nous devons dire que la fatigue musculaire est la cause

de beaucoup la plus fréquente. Aussi l'affection se montre-t-elle ordinairement chez les adultes, très-rare chez la femme exempte d'habitude des rudes travaux auxquels l'homme est particulièrement livré. En effet sur les 10 observations de Dionis, on ne trouve qu'une femme; sur les 13 cas recueillis par Fischer, deux fois seulement la femme fait le sujet des observations, et les faits que nous relatons ont tous rapport à des hommes.

Les muscles atteints sont les muscles travailleurs par excellence de l'économie. En analysant les observations de Dionis, on voit que sur 9 cas les pectoraux étaient pris trois fois, les épitrochléens deux fois, le deltoïde une fois, trois fois les muscles jumeaux et soléaire.

Sur 13 cas, Fischer a noté :

4 fois l'inflammation des muscles de la région postérieure de la jambe;

4 fois celle des muscles adducteurs du bras qui forment la paroi antérieure de l'aisselle;

2 fois celle des muscles de la région externe de l'avant-bras;

Une fois celle du deltoïde;

Une fois celle du biceps brachial;

Une fois celle des muscles de la région externe de la jambe.

Nous ajouterons que la plupart des observations sont communes à ces deux auteurs.

Dionis a noté la prédilection de l'inflammation pour le grand pectoral, cette particularité ressort suffisamment du tableau précédent; dans les deux seuls cas que Fischer cite comme des exemples de myosite aiguë suppurée (Fischer, obs. 15, obs. 16.), les pectoraux étaient le siége de l'affection; c'est aussi un grand pectoral qui est représenté dans l'atlas de M. Cruveilhier comme exemple d'abcès musculaire.

En raison des circonstances que nous venons de rappeler (adultes, muscles atteints), on a voulu voir dans tous les cas d'abcès des muscles le résultat de rupture des fibres musculaires. Si dans la grande majorité des faits, cette cause peut être invoquée avec raison, la douleur vive ressentie par le malade au moment de l'effort l'indiquant nettement, il en est d'autres, résultant également d'un travail prolongé, où l'origine de l'affection est loin d'être aussi évidente, et où, en se plaçant au point de vue des ruptures musculaires, on est obligé d'admettre une altération préalable du muscle survenue sous l'influence de fatigues excessives. Pour nous, cette altération serait de l'ordre de celles que l'on a constatées d'abord dans les affections générales fébriles et que, depuis, on a reconnu exister dans presque tous les cas où les muscles éprouvent des troubles nutritifs.

Dans le courant de notre travail, nous avons déjà fait allusion aux différentes formes d'inflammation des muscles;

Les auteurs de pathologie ont principalement décrit la suppuration du tissu cellulaire, l'inflammation *interstitielle* (l'observation de M. Foucault nous en fournira l'exemple le plus net possible), refusant à la fibre musculaire elle-même la faculté de s'enflammer primitivement. Quelques faits de myosites aiguës suppurées peuvent cependant être rapportés à l'inflammation parenchymateuse; nous avons décrit rapidement, à propos des myosites symptomatiques des fièvres graves, les principales lésions qui caractérisent cette dernière forme (observation de Petel, obs. de Dance). L'inflammation ne peut certainement pas rester limitée longtemps à l'un des éléments du muscle, mais les résultats de l'altération constatés à l'autopsie permettent encore quelquefois d'en déterminer l'origine.

D'autres abcès, cependant, peuvent être rapportés à une cause différente; l'étendue limitée des foyers de suppura-

tion, les caractères du pus, la lenteur de leur marche peuvent les faire considérer comme des hématomes suppurés. Il s'agirait ici de ruptures fibrillaires amenées par un travail forcé et prolongé; l'observation que nous rapportons et qui a été le point de départ de nos recherches appartient à cette dernière espèce; le principal caractère qui, à notre avis, la sépare de la précédente, c'est l'étendue circonscrite des foyers purulents.

Dans une dernière catégorie, la suppuration ne paraît pas avoir pour siége le muscle lui-même, mais son enveloppe celluleuse, le tissu conjonctif sous-aponévrotique. On a alors affaire, suivant l'expression de M. Ollier (1), à une véritable périmyosite. Les observations II et III en sont des exemples.

Nous ne nous étendrons pas davantage ici sur l'étiologie, les caractères différentiels, la marche, le pronostic que présentent ces diverses formes; les réflexions qu'elles comportent seront mieux placées après chacune des observations que nous reproduisons; nous résumerons ensuite les résultats auquels nous a conduit leur étude.

Obs. II. (Service de M. Ollier, de Lyon.) — Myosite suppurée du sterno-cleïdo-mastoïdien droit. — Récupération complète des mouvements (2).

Zoé B..., âgée de 21 ans, exerçant la profession de couturière, entre, le 9 mai 1872, à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle Sainte-Marguerite, service de M. Ollier).

Les antécédents de la malade n'offrent aucune particularité; elle raconte cependant avoir eu, il y a quelques années, des douleurs dans les articulations des membres inférieurs. Sa santé était bonne lorsqu'elle s'aperçut, il y a quinze jours, d'un gonflement occupant la partie latérale droite du cou, en même temps les mouvements de la tête étaient douloureux ainsi que la pression sur le trajet du sterno-mastoïdien droit. Au dire de la malade, le jour même où parurent les douleurs, elle était restée pendant quelque temps exposée à la

(1) Gaz. des hôp., 1873, p 411.
(2) Gaz. des hôp., 1873, p. 418.

pluie et n'avait pas eu le soin de changer de vêtements. Elle affirme n'avoir fait aucun effort, aucun travail pénible; sa profession n'exige pas, du reste, de fortes contractions musculaires.

Depuis quelques jours, les douleurs sont devenues plus vives, le moindre mouvement les exaspère, la tuméfaction a, de plus, notablement augmenté.

Lorsque la malade entre à l'Hôtel-Dieu, le début des accidents remonte à quinze jours.

On constate, du côté droit du cou, une tuméfaction qui, bien que marquée surtout le long du sterno-mastoïdien, empiète un peu sur les régions parotidienne et sus-hyoïdienne. Le gonflement ne paraît pas atteindre les parties profondes, c'est à-dire sous-jacentes au muscle sterno-mastoïdien qui est augmenté de volume et douloureux au toucher, particulièrement en bas au niveau de l'insertion mastoïdienne. L'emplacement occupe le trajet du sterno-mastoïdien et donne à la région une forme spéciale qui frappe le regard; le muscle se dessine sous la peau, et lorsqu'on cherche à l'isoler avec les doigts, on sent qu'il est contracturé, sans avoir toutefois cette dureté de la myosite que Velpeau compare à celle du bois.

La peau, soulevée, est d'un rouge mat, la pression provoque de vives douleurs. Quant aux mouvements du cou qui, primitivement étaient très-douloureux, ils ne le sont presque plus, et la malade peut même incliner la tête sur l'épaule droite, en tournant la tête du côté opposé, sans éprouver de souffrances.

Du 10 au 15 mai, l'état local de la malade ne présenta rien de particulier. Elle prit, le lendemain de son entrée, deux verres d'eau de Sedlitz; plusieurs fois par jour on renouvela les cataplasmes sur la partie enflammée, recouverte d'onguent mercuriel belladoné. La malade eut de la fièvre, et la température rectale varia pendant ces quelques jours entre 38° le matin et 40° le soir.

Le 15 mai, la rougeur qui avait augmenté était plus marquée à la partie inférieure des muscles. M. Ollier perçut de la fluctuation. Les mouvements provoquaient beaucoup moins de douleurs qu'une pression même légère. On continua les cataplasmes *loco dolenti*, et le 18 mai, M. Ollier, accédant à la demande de la malade, qui voulait à tout prix éviter une cicatrice, fit une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy au niveau de l'extrémité inférieur du muscle, à $0^m,02$ au-dessus de la clavicule. Il retira un demi-verre de pus.

Les jours suivants, la malade presse elle-même avec la main pour faire sortir le pus par l'ouverture produite par le trocart.

A ce moment (21 mai), le muscle paraissait dur, volumineux, son diamètre tranversal était augmenté.

La température rectale, prise matin et soir, oscillait entre 38° et 38°,5.

Le 27. On notait que la tête inclinait de plus en plus du côté malade, la face se tournant du côté opposé, et lorsque la malade quitta l'hôpital à la date du 29, le sterno-matoïdien droit était reduit de volume, il semblait plus petit que celui du côté opposé et formait une corde que l'on pouvait facilement isoler, précisément à cause de sa retraction. Les mouvements étaient difficiles mais non douloureux; Qnant à la fistule, elle fournissait toujours un pus blanc jaunâtre.

Deux jours après son départ, la malade entrait de nouveau à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Marguerite) pour une arthrite rhumatismale de l'épaule. Elle resta un mois à l'hôpital; pendant les premiers jours les douleurs articulaires furent très-vives et firent craindre à M. Ollier la suppuration qu'on pouvait d'autant plus éviter, malgré la nature rhumatismale de l'affection, que quelques jours auparavant le sterno-mastoïdien avait suppuré. C'est, du reste, la coïncidence de cette inflammation musculaire et articulaire qui démontre la nature de la première.

Dès le 2 juin 1872, le trajet fistuleux était cicatrisé; on remarquait que le sterno-mastoïdien malade, facilement isolable, avait subi une atrophie notable et se trouvait moins gros que le sterno-mastoïdien opposé; mais quand, le 27, la malade quitta l'hôpital, on ne trouvait, pour ainsi dire, plus de trace de la lésion musculaire, à part les cicatrices du trajet fistuleux.

Le muscle avait repris sa souplesse et sa grosseur. La malade portait la tête parfaitement droite et pouvait la porter soit d'un côté soit de l'autre avec la même facilité.

Nous avons depuis revu cette malade; les deux sterno-mastoïdiens ne présentent aucune différence, et tous les mouvements s'exécutent sans gêne aucune.

Obs. III (1). — Gonflement avec induration puis suppur ation des muscles pectoraux. — Guérison. (Résumé.)

Le 13 mars, trois étudiants en médecine se promenèrent au Luxembourg pendant une heure au soleil ardent, puis passèrent subitement à l'ombre; le soir même, tous trois se trouvèrent plus ou moins ma-

(1) Dionis des Carrières. Thèse, Paris, 1851. Etude sur la myosite, obs. V.

lades : le premier eut une angine avec fièvre qui se dissipa du quatrième au cinquième jour ; le second, de l'embarras gastrique, de la courbature qui disparurent très-vite. Mais L.... ressentit une céphalgie violente, éprouva de l'insomnie, de la fièvre, et, le lendemain, il lui fut impossible de se lever.

Le 14. Augmentation des accidents. — Saignée.

Le 15. Frisson, gonflement de l'aisselle.

Du 17 au 24. Le bras ne peut être levé ni porté dans l'abduction.— Application de 24 sangsues.

Le 25. Même état.

Le 27. Inflammation des piqûres de sangsues. — Onction mercurielle.

Le 6 avril. Déformation générale de toute la région antérieure de l'aisselle. Le grand pectoral est induré en entier, comme ligneux.

Du 6 au 25. Peu de changement, fièvre, amaigrissement.

Le 25. — Vésicatoire.

Le 1er mai. Fluctuation vers les attaches sternales du grand pectoral. — Incision, écoulement de deux cuillerées environ d'un pus crémeux, assez bien lié.

Le 7. Ouverture d'un nouvel abcès à la paroi antérieure de la poitrine, au niveau du bord inférieur du grand pectoral.

Le 9. Nouveau foyer fluctuant, ouvert au niveau de la clavicule, près des insertions du trapèze.

Le 13. Le malade, très-faible, mais en voie de guérison, part pour la campagne.

Il resterait à démontrer que la suppuration a eu lieu aux dépens du corps charnu lui-même ; la multiplicité des abcès, les qualités du pus crémeux, assez bien lié, le gonflement inflammatoire des téguments de l'aisselle et de l'épaule, un érysipèle ayant pour point de départ les piqûres de sangsues enflammées et envahissant la partie antérieure du cou et de l'aisselle prouvent évidemment que le tissu conjonctif périmusculaire seul a suppuré, tout en admettant la myosite vu l'induration ligneuse du grand pectoral.

Ces deux observations de myosite suppurée rentrent dans la classe des inflammations *a frigore*. Dans les deux

cas l'inflammation est née et s'est développée dans le tissu conjonctif sous-aponévrotique, le pus s'est formé aux dépens de l'enveloppe celluleuse des muscles et du tissu cellulo-adipeux qui les entoure; les fibres musculaires atteintes seulement à la supperficie l'ont été cependant suffisamment pour offrir les caractères de la myosite, l'augmentation de volume, la dureté, etc.

La récupération rapide des mouvements, surtout dans le premier cas, ne peut s'expliquer que par la faible part que le muscle a pris à la suppuration.

On peut donc considérer ces deux cas comme des exemples de périmyosite suppurée (Ollier).

Obs. IV (1). — Myosite suppurée suraiguë. — Myosite interstitielle.

Bignon, 24 ans, raboteur de parquets. Entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Magdeleine, n° 13, service de M. le Dr Fauvel, le 3 novembre 1869.

Voici les renseignements très-exacts qui m'ont été fournis par la personne qui l'a soigné avant son entrée. Cet homme était bien portant d'ordinaire et point du tout buveur. Il était seulement sujet, dans ces derniers temps, à des transpirations très-abondantes des mains.

Le samedi 31 octobre, cet homme rentrait bien portant et parlait de faire un petit voyage de plusieurs jours. Le lendemain, il rentrait, dans la journée, se plaignant d'une douleur dans l'épaule gauche. Le lundi, 2 novembre, il gardait le lit; on lui fit des frictions avec l'eau-de-vie camphrée, ce jour, ainsi que le suivant; quoique modérément souffrant, le malade ne pouvait rien supporter, vomissant bouillon et tisane, et était couvert de sueur. Cependant, il descend seul de sa chambre et est transporté à l'hôpital dans la soirée du 3 novembre.

Le 4. Le malade se plaint de souffrir dans l'épaule et le coude gauches. Point de tuméfaction ni de douleur au niveau de ces articulations; aucune douleur dans les autres parties du corps. Pouls, 120. Le cœur bat régulièrement, mais ces bruits sont un peu voilés et faibles; la matité précordiale est un peu plus étendue qu'elle ne l'est d'habitude. Violente céphalalgie, un peu de raideur du cou. Les ré-

(1) Bullet. Soc. anat., novembre 1869, p. 507. Foucault.

ponses du malade manquent de précision et se font attendre; la vision est un peu troublée, pas d'épistaxis. Prostration, un peu de météorisme. Dans la poitrine, quelques râles sibilants. Urine très-albumineuse.

Après quelques hésitations, M. Fauvel se décide, vu l'intensité des phénomènes généraux et encéphaliques, en faveur d'un rhumatisme cérébral. — Chiendent; potion avec tartre stibié, 10 centigr.; 10 ventouses scarifiées sur la région cervicale postérieure. Onction calmante sur le bras. — Soir. Pouls, 120. Sueurs excessives, respiration haute et anxieuse, vomissements dans la journée.

Le 5. Cette nuit, délire bruyant ; pupille très-dilatée, embarras de la parole croissant; hébétude, fixité du regard. Trois selles liquides, sueurs excessivement abondantes, urine surchargée d'urates alcalins et très-albumineuses Pouls très-petit, 132. Température axillaire, 40°,2.

On remarque alors qu'il existe à la surface du bras gauche une très-légère rougeur érythémateuse; puis, dans l'épaisseur de celui-ci, très-augmenté de volume, une tuméfaction très-dure, allongée suivant l'axe du bras, et s'étendant à presque toute la région postérieure du membre, mal circonscrite et jouissant d'une mobilité transversale douteuse. Le coude est en demi-flexion.

Diagnostic, Phlegmon profond du bras; friction mercurielle, cataplasme, sulfate de quinine, un gramme en solution. — Soir. Délire incessant, sueurs profuses, pouls presque insensible, râle d'agonie, mort dans la nuit.

Autopsie. Encéphale. Avec la plus grande attention, il nous a été impossible de trouver dans les méninges autre chose qu'une congestion hypostatique, avec légère suffusion sanguine, à la surface des lobes postérieurs, et surtout aucune trace apparente de granulations militaires.

Cette recherche n'était pas inutile, car, dans la poitrine, nous trouvâmes : au sommet de chaque poumon, des adhérences celluleuses solides et, à la coupe, autour de 3 ou 4 noyaux caséeux, quelques granulations miliaires. De plus, au sommet gauche, il existait un noyau mal circonscrit d'engouement pneumonique. Rien dans le reste des poumons. Le cœur contenait du sang fluide, poisseux, noir, mêlé de gaz de décomposition. Aucune lésion vasculaire, un peu de liqueur péricardique, le cœur est un peu gros.

L'estomac et l'intestin, ouverts dans toute leur longueur, étaient sains. Grosse rate diffluente, reins un peu congestionnés.

Du côté du bras, on trouve : les veines et les artères poursuivies dans l'aisselle sont saines ; les veines contiennent du sang poisseux. Le muscle triceps brachial, dans toute son étendue, mais surtout dans sa moitié inférieure, offre une infiltration purulente des plus singulières ; chaque faisceau musculaire pâle et rosé est, à l'œil nu, séparé de ses voisins par des lignes blanchâtres ; sur la section longitudinale, cet aspect est manifeste, et il coule peu de pus ; mais si l'on vient à faire une section perpendiculaire, le pus s'écoule par expression, comme d'une fine éponge, par tous les interstices fibrillaires. Les autres muscles étaient sains ainsi que les articulations scapulo-humérale et du coude.

Résumé. Un homme, parqueteur, âgé de 24 ans, semblant jouir d'une santé assez bonne, est pris, sans cause connue, d'une douleur dans l'épaule et le bras gauches ; les deux jours suivants, sueurs et vomissements. A son entrée à l'hôpital, quatrième jour, l'ensemble symptomatique porte un tel caractère de gravité que, vu la douleur locale modérée, un des médecins les plus autorisés des hôpitaux porte le diagnostic de rhumatisme cérébral. Le cinquième jour seulement devient manifeste une tuméfaction dont tous les caractères établissent l'existence d'un phlegmon profond du bras, et le malade succombe le soir du cinquième jour.

Examen microscopique, par M. Hayem. A l'autopsie, sauf quelques lésions purement secondaires, on ne trouve qu'un phlegmon musculaire. Il est très-nettement circonscrit au muscle triceps brachial, mais s'étend à sa totalité. Déjà, à l'œil nu, on voit chaque faisceau musculaire décoloré, isolé par une double traînée purulente ; et si, ayant fait une coupe perpendiculaire aux fibres, on exprime la masse charnue, le pus vient sourdre à la surface et s'écoule assez abondamment. En dilacérant un peu les divers plans musculaires, on voit qu'ils sont plus ou moins écartés par une infiltration diffuse du tissu cellulo-adipeux ; les petites cloisons qui séparent les faisceaux secondaires sont elles-mêmes, en beaucoup de points, imbibées de liquide purulent ; mais on ne trouve nulle part aucun foyer nettement circonscrit.

Au microscope, on trouve une quantité énorme de globules de pus infiltrés entre les faisceaux et les fibres elles-mêmes. Celles-ci sont d'une friabilité énorme et présentent tantôt une dégénérescence granuleuse plus ou moins accentuée, tantôt une dégénérescence vitreuse avec fragmentation et irrégularité très-grande des amas vitreux. Un nombre considérable de fibres conservent cependant leur aspect nor-

mal et n'offrent que de légères irrégularités dans leur striation. Les noyaux musculaires n'offrent aucune altération, et ce caractère négatif indique sûrement qu'il s'agit d'une myosite interstitielle primitive, et non d'une myosite parenchymateuse, qui, à un certain temps de son évolution, se serait compliquée d'une infiltration purulente du tissu cellulaire (*perimysium externum*). Néanmoins, je ferai remarquer, ajoute M. Hayem, que, dans cette inflammation purement suppurative, les modifications du contenu strié sont absolument les mêmes que dans les fièvres symptomatiques.

Ce phlegmon du triceps brachial semble s'être développé sans cause appréciable; l'observation ne signale ni refroidissement ni travail musculaire excessif; cependant, le métier du malade (raboteur) peut faire supposer ce dernier point de départ de l'affection. On admet généralement la bénignité de la myosite et sa terminaison favorable dans les faits rares où elle a amené la suppuration; dans les cas ordinaires, celle-ci est peu abondante, et le seul danger à redouter est la durée plus longue de la maladie; en effet, dans la deuxième observation que nous rapportons, la guérison n'a été complète qu'après 24 jours; et, dans la troisième, l'affection a duré deux mois. Aussi, dans l'observation précédente, est-on frappé de la marche extrêmement rapide de cette myosite et des symptômes alarmants qui l'ont accompagnée.

M. Hayem attire l'attention sur l'intensité des phénomènes généraux, bien remarquables dans une maladie locale, la quantité d'albumine et l'abondance des sels uriques contenus dans l'urine d'un homme en proie à une désorganisation rapide du tissu musculaire. Quant on cherche, dit-il, quel peut être le caractère anatomique le plus en rapport avec la marche rapidement fatale d'une telle lésion, on est conduit à comparer cette suppuration diffuse d'une masse musculaire aussi considérable que le triceps brachial au phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-cutané. On sait, en effet, que cette dernière maladie s'accompagne, dans certains cas, de phénomènes extrêmement graves qui ne paraissent pas toujours en rapport avec l'état local et se termine par la mort d'une manière très-analogue aux circonstances relatées dans le fait de M. Foucault.

Ce serait donc à l'histoire du phlegmon diffus profond et à la forme la plus maligne de cette affection que se rattacheront cette observation si intéressante de myosite.

Nous ne pouvions mieux faire que de citer ces réflexions de M. Hayem qui nous paraissent extrêmement justes ; la lecture de cette observation rappelle à l'esprit les accidents si graves qui accompagnent certains abcès sous-périostés, accidents qui leur a fait donner le nom de typhus des membres par Chassaignac.

Une myosite suraiguë suppurée, attaquant un autre muscle que le psoas, peut donc amener la mort en cinq jours; dans l'observation de Petel la mort est également survenue au 5me jour, dans le cas de Dance au 12me.

Obs. V (1). — Myosite aiguë. — Résolution.

Un garçon boulanger, de 30 ans environ, fut pris, au mois de décembre, de lassitude et de fièvre, après avoir travaillé toute la nuit. 24 heures après, il ressentit de violentes douleurs dans l'épaule, au niveau du muscle deltoïde ; le malade entra à l'hôpital des Cliniques. On constate une induration considérable du deltoïde dans toute son étendue, à peu près égale partout et comme ligneuse. Douleurs spontanées à la pression. Mouvements difficiles et douloureux. Gonflement médiocre. Pas de coloration anormale de la peau. Fièvre assez vive, soif, insomnie. — 30 sangsues, cataplasmes sur le deltoïde.

Le lendemain et le surlendemain l'induration et l'état général persistent. Le quatrième jour, diminution des accidents généraux et locaux. Le sixième jour, le malade sort guéri.

Nous avons cru devoir rapprocher cette observation de la précédente ; bien que la suppuration n'ait pas eu lieu, l'analogie réside surtout dans la rapidité de la marche et l'intensité des phénomènes généraux ; il est à remarquer que c'est également du 4me au 5me jour que s'est faite la résolution. On est tenté d'attribuer cette dernière à l'énergie de la médication (30 sangsues). Le point de départ du reste (excès de travail) est ici bien évident.

(1) Dionis des Carrières. Thèse, Paris, 1851, obs. III. (Communication verbale de M. Gosselin.)

Obs. VI (1). — Myosite parenchymateuse.

Le 19 février 1832, l'homme qui fait le sujet de l'observation se mit à la poursuite d'un de ses créanciers, qui avait furtivement changé de domicile; il courut toute la journée, d'un village à l'autre, jusqu'au voisinage de Fontainebleau. Le soir, il rentra chez lui excédé de fatigue, après avoir fait plus de vingt lieues. Ce même soir : frisson suivi de chaleur et de fièvre, céphalalgie, sentiment de courbature générale, enfin douleur vive dans la région inguinale droite et dans la région lombaire correspondante. Le lendemain et les jours suivants ces symptômes s'aggravent, malgré une saignée qui est pratiquée; enfin, le malade entre le quatrième jour dans l'état suivant : membre inférieur droit légèrement fléchi et dans la rotation en dehors, position qu'on ne peut changer sans produire de vives souffrances, qui vont retentir dans l'aine et le côté droit; tuméfaction évidente dans l'une et l'autre de ces deux régions; à l'aine, cette tuméfaction s'étend jusqu'à 3 pouces au-dessous de l'arcade crurale et dans une direction oblique de haut en bas, de dehors en dedans (il n'y a point de hernie). A l'abdomen, la même tuméfaction occupe toute la région lombaire, à partir du rebord des fausses côtes jusqu'à la crête iliaque, et du voisinage des vertèbres lombaires jusqu'au bord externe du muscle droit, de là elle descend obliquement sur la fosse iliaque correspondante, en faisant suite à la tuméfaction de l'aine..... Les symptômes généraux annoncent une grande prostration, décubitus dorsal, expression d'accablement et comme de sidération dans les traits de la face, fréquence et petitesse du pouls, chaleur de la peau avec légère teinte ictérique de cette membrane, ne s'étendant pas néanmoins aux conjonctives.

Cinquième, sixième et septième jour, aggravation des phénomènes généraux, fluctuation dans la région lombaire. Incision (septième jour) à un pouce de profondeur dans la région lombaire; point de pus. Le jour même, avant l'incision, on sentait en divers points de la tumeur, notamment à l'aine, une crépitation annonçant le développement de quelques gaz dans son intérieur. Le huitième jour, écoulement d'une matière fluide rougeâtre, blanchâtre, d'une odeur fétide, rappelant entièrement des matières fécales. D'ailleurs, le malade

(1) Arch. gén. de méd., 1832, série I, t. XXX, p. 156. Mémoire sur l'odeur fétide et stercorale que présentent certains abcès développés dans les parois abdominales. Dance.

est morne, comme sidéré, son teint est jaune, sa parole faible, son pouls petit et sans résistance.....

Mort le douzième jour, seizième depuis l'invasion de la maladie.

Autopsie. Cadavre frais, muscles frais et d'un beau rouge..... Organes internes sains. Muscles carré lombaire, psoas et iliaque, étaient dépossédés de leur membrane celluleuse et aponévrotique, et transformés en une bouillie noirâtre analogue à celle dans laquelle se réduit quelquefois la rate. Ce n'était point, en effet, de véritable pus que le foyer renfermait, mais bien une sanie roussâtre qui semblait être plutôt le résultat du détritus des muscles que d'une secrétion purulente.

Par des explorations variées, l'auteur s'est assuré qu'il n'existait pas la moindre perforation, ni ulcération, ni le moindre travail phlegmasique dans le cæcum et le côlon. Tout le canal intestinal, l'estomac, le foie, les reins, ainsi que la vessie, étaient dans l'état normal. La rate seule, parmi les viscères, offrait un peu de ramollissement.

Nous avons sous les yeux un exemple de la forme de psoïtis que Marchal de Calvi appelle putrilagineuse, par opposition à la forme puriforme. C'est bien ici, comme dans l'observation suivante, un exemple d'inflammation parenchymateuse, de désorganisation complète et rapide de l'élément fondamental; assez rapide pour ne pas amener de réaction franchement inflammatoire dans le tissu cellulaire ambiant et une véritable suppuration.

A l'incision, en effet, il ne sortit pas du véritable pus, mais bien une sorte de détritus musculaire qui s'écoulait sous forme d'un liquide semblable à la *lavure de chair* (Dance); c'est là véritablement le pus que comporte l'organisation des muscles.

Comme dans l'observation précédente, aux phénomènes locaux, se sont ajoutés une fièvre assez vive, et surtout les symptômes d'une prostration rapide et croissant tous les jours.

Il n'y a pas eu de rupture musculaire, comme dans certain cas de psoïtis (fait de Déramé), rien ne l'indique, si ce n'est l'écoulement, après la première incision, d'une ma-

tière fluide rougeâtre, d'une odeur fétide; l'acuité de la douleur, le caractère phegmoneux de la tuméfaction, annoncent une inflammation franche; mais, d'autre part, l'accablement extrême du malade le développement de gaz putrides dans le foyer semblent indiquer une tendance manifeste à la gangrène. Ce dernier caractère rapprocherait, d'un degré encore, cette myosite aiguë du phlegmon diffus; le voisinage de l'intestin peut cependant fournir l'explication de la présence des gaz dans le foyer purulent.

Hormis le psoas, tous les autres muscles avaient conservé leur couleur et leur consistance, la rigidité cadavérique était des plus prononcées; cette altération isolée ne nous permet guère d'invoquer un état général et nous engage à regarder cette affection comme un effet direct de l'inflammation. Du reste dans un certain nombre de phlegmons diffus profonds, on a noté la grande influence des excès de travail, des fatigues prolongées. Nous citerons les phlegmons sous-périostés survenant chez les enfants dont on exige un labeur exagéré.

Destinés à mouvoir la cuisse et à fixer le bassin ce sont les psoas qui ont le plus lourd fardeau à soutenir et qui se fatiguent le plus dans la station et dans la marche. Le côté droit a seul été atteint.

Obs. VII (1). — Myosite parenchymateuse.

Un mécanicien d'environ 40 ans, d'une constitution nerveuse, s'étant adonné avec ardeur à l'exercice de son état, dans un atelier humide et dans des circonstances où il devait déployer beaucoup de forces, éprouva bientôt des lassitudes générales qui ne le déterminèrent au repos qu'après avoir acquis un haut degré d'intensité. Forcé enfin de garder le lit, il ne tarda pas à éprouver, dans les membres

(1) Petel. Thèse, Paris, 1836, n° 67. Considérations sur différents points de pathologie interne et externe, d'anatomie, de physiologie et de diagnostic.

particulièrement, des douleurs qu'exagérait le plus léger mouvement.

Les symptômes généraux étaient à peine marqués : peu de fièvre, soif modérée, chaleur générale paraissant naturelle. Tels avaient été les symptômes observés jusqu'à son entrée à l'hôpital Saint-Louis, où il fut admis dans le service de M. Biett.

De plus, on remarquait alors, le long des membres, des tumeurs allongées, fusiformes, sans changement de couleur, ni de chaleur à la peau, mais sensibles à la pression, surtout quand on provoquait quelques mouvements dans les parties correspondantes.

Les antécédents, la forme des tumeurs qui dessinait parfaitement celle des muscles, dont le volume exagéré occasionnait leur étranglement dans les enveloppes aponévrotiques; les douleurs qui devenaient atroces quand on sollicitait la moindre locomotion; telles furent les raisons puissantes qui me conduisirent à reconnaître une myosite que je n'avais jamais vue, mais qui se décelait par des symptômes bien tranchés.

Je racontai le fait à M. Biett, avec ces circonstances, afin qu'après l'examen du malade, son autorité infirmât ou confirmât mon diagnostic.

Après l'analyse des symptômes locaux, l'exclusion de l'altération des tissus environnants autres que le musculaire, M. Biett arriva à la même conclusion.

Un traitement antiphlogistique, quelques opiacés et la diète furent les moyens employés; les douleurs persistantes eurent bientôt épuisé le malade qui succomba au deuxième jour de son entrée, environ cinq jours après le début de la maladie.

L'autopsie permit de compléter cette observation : les aponévroses d'enveloppe des muscles étaient éminemment distendues, et leur incision donnait sur-le-champ issue à une pulpe grisâtre, homogène, dans laquelle il était impossible de distinguer les éléments fibrillaires, cellulaires, nerveux ou vasculaires. Quelques-unes de ces tumeurs, moins avancées, permettaient encore de reconnaître la disposition des fibres musculaires, mais elles étaient évidemment ramollies et décolorées.

A l'entrée du malade, dit l'auteur, les symptômes généraux étaient à peine marqués; peu de fièvre, soif modérée; la chaleur paraissait naturelle; sans attacher cependant trop d'importance à des indications aussi vagues, on est

frappé de cette bénignité apparente du débat : quand on le compare à celui des observations 4 et 6, où la réaction est si intense, les phénomènes généraux si graves. Il est cependant difficile de rapporter avec Pétel la mort à l'épuisement amené par la douleur. Cette observation, du reste du même ordre que la précédente, donne lieu aux mêmes réflexions.

Obs. VIII (1). — Hématome suppuré.

M..., charretier, âgé de 17 ans, entre le 9 mars 1850 à la Charité, service de M. Velpeau.

Il y a trois semaines, au milieu de son travail, et en remuant de la paille, il fut pris d'une douleur sourde dans l'épaule droite. Gêne des mouvements du membre, un peu de chaleur, insomnie dans la nuit. Le malade se lève le lendemain, et traîne pendant huit jours, portant le bras en écharpe. Perdant tout repos, il consulte un médecin douze jours avant son entrée à l'hôpital. On applique six sangsues au-dessus du mamelon droit ; cataplasmes. Deux autres applications de six sangsues furent ordonnées les jours suivants.

Le 10. (État actuel.) Épaule droite fortement gonflée, creux sus et sous-claviculaire comblés ; paroi antérieure du creux axillaire et membre thoracique participant au gonflement. Coloration normale des téguments. Pas de fluctuation. Pression douloureuse au niveau des muscles pectoraux et au niveau de l'apophyse coracoïde ; chaleur plus considérable ; dureté ligneuse dans toute l'étendue de ces muscles, plus appréciable dans la portion qui forme le creux axillaire. Bras dans l'adduction ; abduction presque impossible et douloureuse ; avant-bras fléchi sur le bras. Pouls à 96. — Onctions mercurielles ; cataplasmes.

Le 11. Un point fluctuant ou moins tendu, rouge et douloureux se montre sur la paroi antérieure de l'aisselle.

Le 12. Fluctuation et douleur pulsative ; induration musculaire persistant. Pouls à 90. — Incision dans la paroi axillaire de bas en en haut ; faible quantité de sang épaissi contenant quelques traces de pus.

Le 14. Muscles pectoraux moins durs, issue de pus par la plaie,

(1) Fischer. Obs. XV. Dionis, obs. V.

chaleur vive à la peau. Eruption de vésicules blanchâtres du volume d'une tête d'épingle, renfermant une sérosité laiteuse ou transparente, le long de la face interne du bras. Gonflement des membres plus considérable.

Le 15. L'éruption s'étend au poignet, à la face antérieure et supérieure de la poitrine. Pouls à 94. Les téguments rougissent aux points où l'on fait des frictions mercurielles.

Le 17. La rougeur envahit en même temps que l'éruption le côté droit du cou.

Le 18. Gencives bordées d'un liséré rouge; point douloureux et fluctuant au niveau du bord inférieur du grand pectoral. — Incision, pus crémeux; onction mercurielle supprimée; cataplasmes.

Le 20. Des plaques écailleuses remplacent les vésicules, le bras se dégonfle, muscles pectoraux moins durs.

Le 22. Les muscles ont repris leur souplesse normale; abduction toujours limitée.

Le 24. La suppuration continue par la dernière incision.

Le 30. Tout le gonflement du bras a cédé, excepté dans la partie supérieure et à la paroi antérieure du creux axillaire.

Le 11 avril. Plaie cicatrisée, encore un peu de gonflement à la paroi antérieure de l'aisselle, faiblesse très-grande.

Le 17. Exéat.

Il y a eu rupture musculaire, le sang épaissi sorti à l'incision l'indique; les quelques traces de pus proviennent du point fluctuant, tendu, rouge, douloureux de la paroi antérieure de l'aisselle, et par conséquent du tissu cellulaire sous-cutané. Il n'y a donc pas abcès musculaire proprement dit, mais myosite aiguë (dureté ligneuse, etc.), suite de rupture fibrillaire, et propagation de l'inflammation au tissu cellulaire voisin.

Nous considérons cependant cette observation comme un exemple d'hématome enflammé; c'est ce qui nous a engagé à la rapprocher de la suivante. En comptant depuis le début, l'affection a duré 58 jours.

Obs. IX. (Recueillie dans le service de M. A. Desprès, hôpital Cochin, 1874). Hématomes suppurés.

C... Jean, célibataire, âgé du 24 ans, exerce le métier de frappeur qui l'oblige à des fatigues excessives. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, après un travait plus prolongé que d'habitude, le soir, en rentrant chez lui, il fut pris d'inappétence, de courbature, de céphalalgie, de frisson et de fièvre. Malgré ces phénomènes généraux, il continua son métier; les accès se répétaient tous les soirs quand il revenait de son travail.

Le 27 juin 1874 (c'est-à-dire six jours avant son entrée à l'hôpital), il éprouva de l'engourdissement dans le pied et la jambe du côté droit, puis dans le bras du même côté. Quelques heures après, la pesanteur, la douleur se sont montrées dans la cuisse droite et dans l'avant-bras gauche.

Le lendemain et les jours suivants, le malade a constaté du gonflement dans les points indiqués; il n'en persiste pas moins à travailler.

Enfin, le 1er juillet, à bout de forces, épuisé par la douleur et la fièvre, il fut obligé de suspendre son travail.

C'est alors, le 3 juillet 1874, qu'il entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Després.

Le malade déclare n'avoir jamais fait aucune maladie avant celle qui l'amène actuellement à l'hôpital. Il attribue lui-même tous ces accidents aux fatigues excessives de son métier.

A l'examen des diverses régions où siégeaient des tumeurs reconnues depuis plusieurs jours par le malade, on constate :

1° Au tiers inférieur de la jambe droite, en dehors, sur le trajet de l'extenseur des orteils;

2e A la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras gauche, sur le trajet du grand palmaire;

3° A la partie moyenne de la face antérieure et anterne de la cuisse droite, sur le trajet du couturier, une tuméfaction assez dure, assez nettement circonscrite, très-douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau qui a gardé toute sa mobilité.

Les jours suivants, la douleur augmente dans les tumeurs que nous venons de signaler, des élancements se font sentir. On constate une fluctuation profonde, obscure. Le pus s'est formé le dix-huitième et dix-neuvième jour, à dater du début de la maladie; M. Després a dû retarder l'ouverture des abcès pour s'assurer des points exacts dans lesquels il fallait pratiquer l'incision.

Le 7. La température est de 40°,3 dans l'aisselle, la fluctuation est évidente. L'abcès du bras est gros comme un œuf de pigeon, celui de la cuisse comme un œuf de poule, celui de la jambe est moins bien limité que les premiers, aplati, de la longueur du creux de la main et de moitié moins large.

M. Després ouvrit les abcès avec le bistouri ; l'incision fut faite à un jour d'intervalle, dans les divers points signalés; ce n'est qu'après l'incision de l'aponévrose d'enveloppe des muscles qu'on obtint un pus assez abondant, bien lié, de couleur chocolat.

En introduisant la pulpe du doigt sous le foyer des abcès, on pouvait reconnaître que leurs parois étaient fournies par les fibres musculaires elles-mêmes.

A dater de ce jour, la guérison fut lente à s'établir.

Le 20. Les plaies sont en voie de cicatrisation, la fièvre est complètement tombée, 37°,0; l'état général est bon, l'appétit est revenu; mais on perçoit de nouveau de la fluctuation à quelques centimètres au-dessus de l'abcès de le cuisse. — Incision, pus abondant, bien lié, crémeux, différant complètement d'aspect avec celui fourni par les abcès musculaires.

Le malade sortit le 10 août, la guérison était complète.

Nous devons nous demander quel fut dans cette obsertion le point de départ direct des abcès musculaires. Avons-nous affaire à une inflammation interstitielle; nous ne le pensons pas. La lenteur de la marche, le nombre des abcès, les caractères du pus, l'exacte délimination des foyers nous éloignent de cette idée; nous écartons pour les mêmes raisons l'inflammation perenchymateuse aiguë; dans ce dernier cas aussi le pus est grisâtre, assez mal lié, mais la désagrégation molléculaire est beaucoup plus étendue comme dans les faits de Dance et de Petel.

Pour ces divers motifs nous pensons rattacher ces abcès à des hématomes enflammés.

Surviendrait-il sous l'influence de l'extrême fatigue du muscle, une irritation amenée par la présence des produits de désassimilation, une sorte d'état asphyxique qui aboutiraient aux dégénérescences granuleuse et cireuse. A côté des fibres vitreuses, qui ont perdu par conséquent leurs

propriétés physiologiques, se trouve dans tous les cas de dégénérescence des cet ordre de fibres intactes qui peuvent encore se contracter ; ces dernières par leur activité, agissent mécaniquement sur celles qui sont devenues friables et inertes ; on aurait ainsi des ruptures fibrillaires, des épanchements sanguins, point de départ des abcès musculaires que nous venons d'observer.

Les phénomènes généraux qui ont précédé l'apparition des tumeurs correspondraient à cette altération intime du tissu des muscles. Nous avons déjà présenté plus haut cette explication, la considérant du reste comme une hypothèse hasardée.

La couleur chocolat du pus qui s'est écoulé à l'incision indique le mélange du sang avec le pus.

En comptant depuis l'apparition des phénomènes généraux, on voit que la maladie a duré 53 jours ; la lenteur de la formation du pus, est parfaitement en rapport avec ce que l'on sait en général sur la suppuration des muscles ; nous avons cité l'opinion de Velpeau à ce sujet : « Tandis qu'il faut pour produire du pus 6 à 8 jours pour le plegmon circonscrit, qu'il suffit de 3 à 4 jours pour le plegmon diffus, on peut encore espérer la résolution 8, 10 et même 15 jours après le début de la myosite. » En particulier, dans tous les cas où on peut reconnaître une rupture, comme origine de l'abcès, où le début est nettement indiqué par une douleur vive accusée par le malade, nous avons déjà eu souvent l'occasion de faire remarquer le long temps qui s'écoule entre l'épanchement sanguin et la suppuration.

Avec un nombre si restreint de faits, il nous serait bien difficile de donner une description générale des symptômes, de la marche, et du pronostic des différentes formes de myosite suppurée aiguë dont nous venons de présen-

ter les observations ; ce serait du reste répéter ici les remarques auxquelles elles ont donné lieu.

Cependant on peu reconnaître deux formes principales de la maladie ; l'une, affectant une marche assez lente, s'annonce avec les symptômes généraux qui accompagnent d'ordinaire toute plegmasie localisée ; le seul danger résulte de l'importance du muscle atteint et de la longeur de la suppuration. A cette forme appartiennent les observations II et III que nous avons rangées parmi les périmyosites *a frigore* ; et les observations VIII et IX qui reconnaissent pour causes des hématomes enflammés.

La deuxième forme diffère absolument de la précédente; elle se rattache à l'histoire du plegmon diffus profond, dans ses formes les plus plus graves, par des phénomènes généraux intenses peu en rapport avec l'état local ; la terminaison rapidement fatale est alors à craindre ; en effet, dans les observations de MM. Foucault et Petel la mort a eu lieu le cinquième jour; le douzième, dans celle de Dance.

Dans l'observation V, que nous rapprochons des précédentes, on voit cependant la résolution survenue le cinquième jour à la suite de l'application de 30 sangsues.

Nous ne dirons qu'un mot dn traitement ; chez un individu robuste, dans le cas d'une myosite isolée, on doit avoir recours au repos de la partie malade, à une abondante émission de sang par les sangsues, à des cataplasmes, à des bains prolongés, aux onctions mercurielles. Si l'abcès se développe il doit être ouvert de bonne heure.

Quant aux myosites aiguës promptement suppuratives survenant chez des hommes surmenés par le travail, il faut s'abstenir d'émissions sanguines et combattre les accidents généraux par des toniques (alcool quinquina), les incisions hâtives sont aussi de rigueur.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des membranes muqueuses.

Physiologie. — De l'absorption.

Physique. — Effets physiologiques des courants électriques; applications médicales.

Chimie. — Caractères distinctifs des chlorures, bromures, iodures et cyanures métalliques.

Histoire naturelle. — De la morphologie végétale ; quels sont les changements, les dégénérescences et les transformations que les organes des plantes peuvent subir ?

Pathologie externe. — Des polypes naso-pharyngiens.

Pathologie interne. — De la méningite tuberculeuse.

Pathologie générale. — Des maladies virulentes.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des perforations intestinales.

Médecine opératoire. — Des diverses espèces de verres applicables dans les cas de myopie, d'hypermétropie, de strabisme, d'astigmatisme et des précautions à prendre dans leur choix.

Pharmacologie. — Des cataplasmes et des sinapismes; quelles sont les fécules et les farines le plus souvent employées à leur préparation; règles à suivre pour développer le principe actif de la moutarde noire dans les pédiluves et les sinapismes.

Thérapeutique. — De l'emploi du quinquina et de ses préparations.

Hygiène. — De la sophistication de la bière.

Médecine légale. — Empoisonnement par les poissons, les crustacés et les mollusques toxicophores.

Accouchements. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu, bon à imprimer,
VERNEUIL, Président.

Permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.